ICD-10-CM Studii de caz pentru viitorii psihologi clinicieni

Probleme psihologice și comportamentale

Coordonatori
Jack B. Schaffer
Emil Rodolfa

TREI

STUDII DE CAZ
PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Ca masterand sau doctorand, parcurgeți în acest moment etapele necesare pentru obținerea competenței în profesarea psihologiei, proces în care vă vor fi de mare ajutor cursurile de la facultate, stagiile de practică și lucru în supervizare, precum și stagiul postdoctoral. Cu toate acestea, chiar și după ce terminați programul de studiu și obțineți atestatul de psiholog autonom, este de datoria dumneavoastră să continuați procesul de educație permanentă. Educația nu se termină odată cu obținerea diplomei și nici măcar odată cu obținerea atestatului de psiholog autonom, întrucât a vă menține standardul de competență înseamnă un efort pe care trebuie să-l faceți de-a lungul întregii cariere și vieți. Aceasta este ideea fundamentală de care sperăm să țineți cont atunci când citiți această lucrare.

– Autorii

PSIHOLOGIE · PSIHOTERAPIE

STUDII DE CAZ

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

Coordonatori:

Jack B. Schaffer,
Emil Rodolfa

ICD-10-CM
Studii de caz pentru viitorii psihologi clinicieni
Probleme psihologice și comportamentale

Traducere din engleză de
Ruxandra Rădulescu

TREI

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactor:
MANUELA SOFIA NICOLAE

Design copertă: Beth Schlenoff Design, Bethesda, MD
Imagine copertă: iStock/sollia

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
MIHAELA GAVRILOIU

Corectură:
OANA APOSTOLESCU
IRINA MUȘĂTOIU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
ICD-10-CM: studii de caz pentru viitorii psihologi clinicieni: probleme psihologice și comportamentale / coord.: Jack B. Schaffer și Emil Rodolfa; trad. din engleză de Ruxandra Rădulescu. - București: Editura Trei, 2019
Conține bibliografie
ISBN 978-606-40-0602-8

I. Schaffer, Jack B. (coord.)
II. Rodolfa, Emil (coord.)
III. Rădulescu, Ruxandra (trad.)

159.9

Titlul original: An ICD-10-CM Casebook and Workbook for Students: Psychological and Behavioral Conditions
Editori coordonatori: Jack B. Schaffer și Emil R. Rodolfa

Copyright © 2017 by the American Psychological Association (APA).

The Work has been translated and republished in the Romanian by permission of the APA. This translation cannot be republished or reproduced by any third party in any form without express written permission of the APA. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means or stored in any database or retrieval system without prior permission of the APA.

Copyright © Editura Trei, 2019
pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeul 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN: 978-606-40-0602-8

În amintirea mamei mele. Ei îi datorez multe din lucrurile bune din viața mea. Mi-e tare dor de ea.

JACK B. SHAFFER

Mamei mele. Cu mulțumiri.
Soției mele. Cu mulțumiri.
Copiilor mei. Cu mulțumiri.
Lui Bob Rilley, mentorul meu. Cu mulțumiri.

EMIL RODOLFA

Cuprins

9 **Mulțumiri**

11 **Introducere** — Emil Rodolfa și Jack B. Schaffer

36 **1.** F06.03 Tulburare de dispoziție datorată unei afecțiuni medicale cunoscute — Jeff Baker și Lucia Cavanagh

61 **2.** F10.2 Dependența de alcool — Staci Leon Morris, Ken C. Winters și Eric F. Wagner

84 **3.** F20.0 Schizofrenie paranoidă — Katherine Elliott și Nicola Wright

106 **4.** F31 Tulburarea bipolară — Genny Lou-Barton și John Preston

130 **5.** F32 Tulburare depresivă majoră, episod unic — Mark S. Barajas și Claytie Davis III

152 **6.** F33 Tulburare depresivă majoră recurentă — Rainey Sealey Temkin și Larry E. Beutler

175 **7.** F40.1 Fobia socială — Maryann E. Owens, Deborah C. Beidel și Jennifer A. Scheurich

197 **8.** F41.1 Tulburare de anxietate generalizată — Natacha M. R. Foo Kune și Sinéad Unsworth

220 **9.** F43.1 Tulburarea de stres posttraumatic — Samantha S. Yard și Stephen R. McCutcheon

243 **10.** F43.2 Tulburări de adaptare — Gregory A. Hinrichsen și Aliza Romirowsky

266 **11.** F45 Tulburarea somatoformă — Lauren Bigham și Ryan E. Breshears

288 **12.** F50 Tulburări ale instinctului alimentar — Carol B. Peterson și Emily M. Pisetsky

310 **13.** F52.0 Disfuncția sexuală — Jennifer A. Vencill și Eli Coleman

331 **14.** F60.6 Tulburarea de personalitate evitantă/ F60.0 Tulburarea de personalitate paranoidă: Abordări categoriale și dimensionale — Chelsea E. Sleep și Martin Sellbom

356 **15.** F60.3 Tulburarea de personalitate de tip borderline — Joyce P. Yang și Marsha M. Linehan

378 **16.** F90.0 Tulburarea activității și atenției — Beth Limberg, Raquel M. Peña, Brooke Davidson și Christina B. Yeagley

404 **Despre coordonatori**

406 **Despre autorii capitolelor**

Mulțumiri

Eu și Jack vrem să le mulțumim autorilor capitolelor pentru munca enormă depusă în scrierea, revizuirea, actualizarea și reexaminarea textelor din această carte. Țelul nostru comun este să alcătuim pentru dumneavoastră un manual care vă va oferi informații, dar, mai ales, vă va provoca să gândiți critic. Sperăm că această carte vă va fi de ajutor pe drumul pe care îl aveți de parcurs spre a deveni psihologi competenți. Vă dorim numai succes la fiecare pas al acestui demers.

Introducere

Emil Rodolfa și Jack B. Schaffer

O evaluare psihologică competentă, incluzând și diagnosticul diferențial, este un proces complex și deosebit de important, care va pune bazele relației profesionale dintre dumneavoastră și pacientul[1] dumneavoastră și va defini abordarea pe care o aveți față de acesta. În consecință, pentru a vă asigura că oferiți servicii competente, este nevoie să începeți printr-un proces competent de evaluare și diagnosticare. În contextul simptomelor și prezentării generale a pacientului, va trebui să alegeți cu acuratețe diagnosticul cel mai potrivit și să excludeți toate celelalte posibilități, proces dificil în special pentru psihologii clinicieni aflați la început de drum, care de-abia încep să-și formeze abilitățile clinice. De aceea, ne dorim ca prin această carte să-i învățăm cum să-și dezvolte gândirea critică într-un context profesional și cum să efectueze cu competență un proces de psihodiagnosticare. Autorii capitolelor prezintă cazuri care vă plasează pe dumneavoastră, ca cititor, în rolul de psiholog care evaluează sau tratează un pacient, cu scopul de a vă face să treceți prin experiența procesului decizional în context clinic.

---

[1] În precendenta noastră lucrare am discutat folosirea termenilor de **client** și **pacient** de către psihologi și am argumentat de ce credem că trebuie folosit termenul de **pacient**. În acest volum, autorii capitolelor au avut libertatea de a utiliza termenul pe care îl folosesc în mod curent în practica lor clinică. (N. red.)

Acest ghid este publicat de Asociația Psihologilor Americani (APA), alături de câteva alte lucrări, pentru a ajuta la creșterea competenței psihologilor de a diagnostica pe baza lucrării *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification* (ICD-10-CM; Organizația Mondială a Sănătății). În cartea publicată anterior, *A Student's Guide to Assessment and Diagnosis Using the ICD-10-CM: Psychological and Behavioral Conditions* (Schaffer & Rodolfa, 2016), am oferit un cadru de lucru pentru a evalua și diagnostica tulburările mentale. În prezenta lucrare, am rugat mai mulți psihologi bine-cunoscuți și apreciați să examineze și să detalieze procesul de formulare a unui diagnostic diferențial pentru anumite categorii de diagnostic, în cooperare cu unul (sau mai mulți) dintre masteranzii sau doctoranzii lor.

În acest scop, i-am rugat pe autorii capitolelor să-și structureze contribuția conform următorului format: să ofere un rezumat al clasei de diagnostic; să prezinte un caz, fie inventat în întregime, fie modificat radical față de cazul inițial pentru a păstra confidențialitatea; să descrie procesul de evaluare și diagnosticare conform ICD-10-CM; să discute problemele etice ridicate de interacțiunea cu clientul respectiv; să prezinte pe scurt modalitățile de a gestiona riscurile asociate cazului respectiv; precum și să reflecteze asupra posibilelor recomandări, inclusiv prin comentarii despre un posibil plan de tratament. Credem că a rezultat în acest fel o lucrare excepțională. Fiecare capitol beneficiază de comentarii utile și de profunzime privind procesul de evaluare și de identificare a unui diagnostic diferențial.

Capitolele din această carte acoperă 16 categorii de diagnostice. Am ales diagnosticele pe baza frecvenței lor, la persoanele care se prezintă în clinici, precum și pe baza frecvenței lor în literatura de specialitate și în contextul educațional dedicat diagnozei, adică am ales acele diagnostice care se bucură de atenția specialiștilor în momentul prezent.

Împreună cu autorii capitolelor, am încercat să înfățișăm cazurile de o manieră cât mai realistă. Așadar, cazurile sunt complexe pentru că oamenii sunt complecși în realitate. Prin urmare, într-o carte de asemenea dimensiuni, nu aveam cum să abordăm sau să rezolvăm toate aspectele unei probleme. La fel se întâmplă și în realitate! Această carte nu e doar un ghid, ci e și o culegere de exerciții pe care vi le propunem, eventual ca parte dintr-un seminar sau curs. Sperăm că aceste exerciții, bazate pe cazurile studiate, vă vor ghida în analiza cazului și vă vor ajuta să luați în considerare probleme legate de evaluare, diagnoză și intervenție. Vom reveni asupra acestui subiect în următoarele paragrafe.

După cum puteți vedea din cuprinsul cărții, capitolele sunt ordonate conform ordinii din ICD-10-CM; astfel, fiecare capitol explorează câte una dintre categoriile de diagnostic din ICD-10-CM. Singura excepție o reprezintă capitolul 14, care acoperă evaluarea și diagnosticarea unor tulburări de personalitate, oferind o discuție a diferențierii ce se face în ultima vreme între abordarea categorială și cea dimensională a procesului de diagnosticare. Credem că această diferențiere îi va ajuta pe cititori să se orienteze spre ceea ce înseamnă viitorului psihodiagnosticului, motiv pentru care am inclus această discuție în carte.

Câteva cuvinte despre procesul de diagnosticare urmat în fiecare capitol din această lucrare: după cum am explicat în ultima noastră carte (Schaffer & Rodolfa, 2016), procesul evaluării se bazează pe metodologia științifică de generare de ipoteze, urmată de colectarea datelor, ducând la testarea ipotezelor și la formularea unei concluzii despre persoana care este evaluată. Procesul diagnosticării continuă prin compararea datelor — mai precis, a semnelor și simptomelor și cu concluziile trase pe baza criteriilor specifice fiecărei categorii de diagnostic. Sistemul folosit în *Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mentale* (*DSM*, ediția a 5-a text revizuit; American Psychiatric Association, 2016) constă, de obicei, în enumerarea simptomelor reprezentative pentru un anume diagnostic, specificând numărul simptomelor care trebuie să fie prezente pentru ca diagnosticul să poată fi pus. Deși această metodologie este foarte clară la o primă privire, totuși, după cum am arătat în ultima noastră carte, dat fiind că există mai multe simptome, există și mai multe căi de a ajunge la un diagnostic. De exemplu, pentru a ajunge la diagnosticul de tulburare depresivă majoră sunt posibile 72 de combinații de simptome. Prin urmare, categoria de diagnostic în sine nu îi este de mare ajutor psihologului care încearcă să înțeleagă „cine este această persoană cu care lucrez și de ce este ea așa cum este". ICD-10-CM are o altă abordare, și anume metoda celei mai bune „potriviri". Date fiind toate informațiile disponibile, inclusiv semne și simptome, precum și toate datele despre persoana în cauză, ce categorie de diagnostic se potrivește cel mai bine cu simptomele și caracteristicile acestei persoane? Autorii capitolelor vă vor conduce prin toate etapele procesului de identificare și apoi de excludere a diagnosticelor care nu se potrivesc suficient de bine cu informațiile disponibile, pentru a ajunge la diagnosticul sau diagnosticele care se potrivesc cel mai bine cu situația descrisă.

Le suntem recunoscători autorilor pentru toată munca depusă și credem că eforturile lor s-au concretizat într-o discuție excelentă a procesului de diagnosticare și de integrare a compendiului ICD-10-CM în acest proces.

Modul de folosire a acestei cărți

După cum am explicat deja, această carte este un ghid, în sensul în care fiecare capitol are în vedere aspecte legate de diagnosticare, etică, management al riscului și intervenție pentru fiecare caz prezentat. Totodată, am vrut ca această carte să fie și o culegere de exerciții. Suntem de părere că vă va fi util nu doar să o citiți de la un capăt la celălalt — deși sperăm că o veți citi în întregime! — dar și să citiți fiecare capitol alături de alte resurse, cum ar fi un manual de diagnostic sau alte cărți de specialitate, oprindu-vă periodic pentru a reflecta asupra chestiunilor pe care le considerați a fi esențiale pentru cazurile și discuțiile incluse în carte. Mai precis, ne-am gândit că ar putea fi folosită într-un curs de masterat sau doctorat dedicat evaluării psihologice, psihopatologiei sau tipurilor de tratament. În opinia noastră, cu cât mai interesat este un student de procesul de evaluare și diagnosticare, cu atât mai utilă îi va fi această carte și cu atât mai competent va deveni în profesia de psiholog mai târziu.

Cartea oferă un material de largă amploare, acoperind 16 categorii de diagnostic și procese decizionale complexe implicând colectare de date și diagnosticare. Într-o lucrare de dimensiuni totuși limitate nu putem acoperi chiar toate nuanțele acestor procese. Prin urmare, ne dorim ca acest volum să fie folosit în conjuncție cu alte lucrări despre ICD-10-CM (de exemplu, Schaffer & Rodolfa, 2016; Goodheart, 2014), precum și cu texte despre psihopatologie și tratament psihologic (vezi capitolul 10 în Schaffer & Rodolfa, 2016, pentru resurse suplimentare).

Pentru a vă ajuta în acest proces, autorii capitolelor au pregătit rubrici cu exerciții care să vă stimuleze gândirea în legătură cu cazurile prezentate și problemele cu care se poate confrunta psihologul în situațiile respective. Fiecare capitol conține cinci casete de exerciții. Primul exercițiu este plasat imediat după descrierea cazului și include întrebări legate de procesul de evaluare. Cel de-al doilea exercițiu vă invită să aplicați informațiile reieșite din evaluare în identificarea unor posibile diagnostice. Cel de-al treilea exercițiu vă supune atenției chestiunile de etică privind cazul prezentat, cel de-al patrulea exercițiu vă ajută să faceți o analiză a modului de gestionare a riscurilor asociate, iar cel de-al cincilea exercițiu este dedicat încheierii cazului.

Multe dintre aspectele pe care le veți analiza apar în toate cazurile prezentate și în toate categoriile de diagnostic. Prin urmare, în loc să vă propunem același tip de exercițiu în fiecare capitol, în exercițiul următor (Activitatea 0.1) vă oferim o listă de întrebări pe care să le luați în considerare pentru fiecare caz din această lucrare. Însemnați această pagină ca să puteți reveni la ea cu ușurință ori de câte ori aveți nevoie. Pe lângă aceste întrebări generale, autorii v-au oferit și întrebări specifice pentru fiecare caz, pe care să le discutați la curs sau cu alți psihologi. Sperăm că aceste întrebări vă vor provoca intelectual și vă vor ajuta să gândiți ca un psiholog.

S-ar putea ca după lecturarea unei prezentări de caz din această carte să vă vină în minte anumite întrebări. Mai jos găsiți o listă cu întrebările la care vă sugerăm să reflectați înainte să treceți la următorul punct din acest capitol.

ACTIVITATEA 0.1: Întrebări generale referitoare la caz

- Ce impresie generală v-a făcut această persoană?
- Care sunt problemele principale ale acestei persoane?
- Care este nivelul funcționării acestei persoane?
- Vă îngrijorează ceva în mod special cu privire la această persoană?
- În funcție de formarea dumneavoastră, care sunt problemele psihologice fundamentale cu care se confruntă această persoană?
- De ce a venit la dumneavoastră această persoană?
- Ce alte informații ați dori să știți?
- Ce întrebări ați vrea să-i puneți acestei persoane la prima întâlnire?
- Scrieți câteva cuvinte despre cum ați putea să formulați întrebările pe care să le adresați acestui pacient sau poate chiar altor specialiști sau membri de familie cu care ați dori să vă consultați sau să discutați.

Odată ce v-ați gândit bine la întrebările de mai sus, dar înainte de a citi mai departe de descrierea cazului, vă recomandăm să vă îndreptați atenția asupra unor posibile diagnostice. Mai jos vă propunem câteva întrebări de care să țineți cont și pe care să le explorați mai departe. Vă încurajăm să căutați mai multe resurse utile pentru a vă ajuta la formularea unui diagnostic diferențial corect. Autorii capitolelor v-au pus la îndemână mai multe referințe la care apelează ei înșiși atunci când selectează sau exclud diagnostice.

ACTIVITATEA 0.2: Considerații generale cu privire la diagnostic

- Faceți o listă cu diagnosticele din ICD-10-CM pe care le aveți în vedere, de la cel mai probabil la cel mai puțin probabil.
- Care sunt comportamentele, emoțiile și/sau cognițiile care vă fac să vă gândiți la aceste diagnostice?
- Pe lângă informațiile generale pe care ați vrea să le știți, ce alte date specifice vă vor ajuta să excludeți anumite diagnostice dintre cele pe care le-ați enumerat deja?
- V-ar fi de ajutor testele psihologice?

Odată ajunși în această etapă, ar fi util să consultați un manual de diagnostic sau o lucrare dedicată tulburărilor respective. Ar fi, de asemenea, o idee bună să faceți un tabel în care să scrieți posibilele simptome pe baza manualului de diagnostic, precum și manifestările specifice ale acestor simptome, dacă sunt prezente, în cazul pacientului descris.

Înainte de a trece la secțiunea despre etică a fiecărui capitol, iată câteva aspecte la care să reflectați.

ACTIVITATEA 0.3: Considerații etice generale

1. Consultați ghidurile de etică publicate de Asociația Psihologilor Americani (APA; 2017) și/sau Asociația Psihologilor Canadieni (CPA; 2017). Faceți o listă de probleme sau dileme etice pe care le identificați în legătură cu cazul descris.
2. Există aspecte legate de siguranță, confidențialitate sau competență care să fie relevante în acest caz?

3. Gândindu-vă la potențiala desfășurare a cazului, puteți întrevedea situații problematice din punct de vedere etic ce ar putea apărea în legătură cu acest tip de pacient? Mai precis, ce fel de comportamente din partea dumneavoastră ar putea să fie conforme cu deontologia la început sau la o primă privire, dar ar putea duce la probleme de etică pe parcurs?

După ce ați reflectat, în secțiunea dedicată eticii profesionale, asupra modalităților de a vă proteja pacientul, acum este momentul să vă gândiți cum să vă protejați pe dumneavoastră înșivă, ținând cont de întrebările de mai jos.

ACTIVITATEA 0.4: Aspecte legate de managementul riscurilor

- Ce riscuri ar putea apărea în lucrul cu această persoană?
- Ce acțiuni ar trebui să vă gândiți să întreprindeți încă de la primul contact profesional cu această persoană?
- Cum vă puteți proteja fără să încălcați drepturile etice ale pacientului?

Ați ajuns astfel la ținta finală a procesului de evaluare psihologică, și anume decizia în legătură cu modul în care veți proceda, fie prin oferirea de servicii de tratament, fie prin trimiterea pacientului la un alt specialist, fie prin oferirea unei recomandări persoanei care v-a trimis pacientul. Mai jos puteți găsi câteva dintre problemele la care trebuie să reflectați în privința fiecărei persoane cu care lucrați, oricare ar fi deciziile pe care le veți lua până la urmă.

ACTIVITATEA 0.5: Aspecte legate de intervenție

- Care dintre problemele cu care se prezintă pacientul trebuie abordate?
- Cum prioritizați problemele cu care se prezintă pacientul pentru a hotărî de care să vă ocupați mai întâi?
- Care sunt obiectivele identificate de pacient?
- Care sunt obiectivele dumneavoastră în privința acestui pacient?
- Care sunt intervențiile pe care le considerați cele mai potrivite și de ce le-ați ales pe acestea?
- Care sunt rezultatele sau care este evoluția pe care vă așteptați să o vedeți cu timpul?
- Cum ați ști dacă tratamentul oferit de dumneavoastră acestei persoane este unul de succes?

ICD-10-CM: Bazele diagnosticului

ICD-10-CM este un compendiu de diagnostice vizând cauzele mortalității și morbidității (simptome și boli), nu un manual de diagnostic oferind criterii pentru formularea unui diagnostic. Manualul presupune că specialistul care folosește acest sistem este suficient de competent și are destule cunoștințe pentru a aplica diagnosticul optim unei constelații de simptome, într-o manieră rezonabil de fidelă și validă. Cu alte cuvinte, faptul că ICD-10-CM nu este un manual îi oferă mai multă flexibilitate utilizatorului, spre deosebire de ce se întâmplă în cazul unui sistem manualizat, cum este *DSM*. Puteți consulta și alte resurse în privința modului de utilizare a ICD-10-CM în practica dumneavoastră, cum ar fi capitolul I din ultima noastră carte (Schaffer & Rodolfa, 2016) sau lucrarea scrisă de Carol Goodheart (2014).

La începutul practicării profesiei de psiholog, ați putea fi tentați să credeți că unele diagnostice sunt ușor de identificat; și totuși, pe măsură ce parcurgeți această carte, veți observa că acel cluster de simptome din care se constituie un diagnostic nu este atât de limpede. În fiecare capitol, autorii arată cum se orientează în procesul de diagnosticare explicând cum evaluează și înțeleg simptomele cu care se prezintă clientul.

Autorii își fundamentează discuția cu privire la tulburările prezentate pe o serie întreagă de resurse. Unii dintre ei au ales să se refere la lucrarea *ICD-10: Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament: descrieri clinice și îndreptare diagnostice*, cunoscută și sub denumirea prescurtată de *Cartea albastră* (OMS, 1993)[2]. Ei cred că avantajele și disponibilitatea Cărții albastre sunt mai importante decât dezavantajele folosirii *ei*, iar criteriile sunt actualizate pentru diversele categorii de diagnostic. În cealaltă carte a noastră din această serie, am abordat mai în detaliu problemele pe care le implică folosirea acestei lucrări (Schaffer & Rodolfa, 2016). Deși *Cartea albastră* există de mai multă vreme, este ușor și convenabil de accesat prin Organizația Mondială a Sănătății (OMS, 1993). Sunt și autori care au ales să folosească alte manuale de diagnostic adecvate pentru capitolele de care s-au ocupat, întrucât sunt mai actuale sau mai cuprinzătoare decât *Cartea albastră*, caz în care au indicat sursele bibliografice diferite.

---

[2] Acest volum a fost publicat în 2016 la Editura Trei, București. (N. red.)

În practica dumneavoastră ar fi bine să țineți cont de aceste perspective ce se adaugă textelor studiate în cadrul cursurilor de psihopatologie de la masterat sau doctorat. Evident, după absolvire este necesar să rămâneți la curent cu literatura de specialitate, pentru a vă hotărî ce lucrări de diagnostic să folosiți în lucrul cu clienții dumneavoastră.

ICD-10-CM se poate descărca gratuit în format pdf de pe site-ul centrelor guvernamentale dedicate serviciilor Medicare și Medicaid (2017), accesând adresa: https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/2017-ICD-10-CM-and-GEMs.html. *Cartea albastră* (OMS, 1993) este disponibilă gratuit pe site-ul Organizației Mondiale pentru Sănătate: http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf.[3]

Aspecte care se regăsesc în mai multe capitole

Anumite aspecte sunt abordate în mai multe capitole. Trei dintre acestea — competența, evaluarea riscului de suicid și grija față de sine — sunt menționate de mai mulți autori. Ca urmare, pentru a evita repetiția, i-am rugat pe autorii respectivi să nu insiste prea mult asupra acestor teme în capitolele corespunzătoare și considerăm util să le discutăm pe scurt în cadrul acestei introduceri.

După cum probabil intuiți din propria dumneavoastră experiență și din cursurile de psihologie, competența psihoterapeutului, evaluarea ideilor suicidare ale pacientului și modul în care psihoterapeutul se preocupă de starea sa de bine emoțional sunt chestiuni ce apar des în formarea și evoluția profesională a unui psiholog. Prezentarea generală care urmează vă va ajuta să înțelegeți mai ușor la ce se referă autorii capitolelor atunci când abordează aceste trei teme în contextul cazurilor pe care le descriu.

---

[3] ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice a fost tradusă la Editura Trei, București, în anul 2016. (N. red.)

COMPETENȚĂ ÎN PRACTICAREA PROFESIEI DE PSIHOLOG

Competența în practicarea profesiei de psiholog presupune o îmbinare a cunoștințelor de specialitate, a abilităților și valorilor/atitudinilor (Comisia de acreditare, APA, 2015; Association of State and Provincial Psychology Boards, 2014; Rodolfa și colab., 2013). Pentru a fi competent, un psiholog trebuie să aibă cunoștințe fundamentale de psihologie; să demonstreze în fapt că are abilitățile necesare pentru a efectua evaluări, psihodiagnoză și pentru a oferi servicii de tratament; să fie deschis la noi perspective prin educație continuă și consultări cu alți psihologi; să aibă o solidă înțelegere și abilitate de a aplica standardele deontologice ale profesiei. Atât *Codul de conduită și principii etice ale psihologilor* (APA, 2017), cât și *Codul canadian de etică pentru psihologi* (CPA, 2017) accentuează importanța competenței (Codul de etică al APA, Standardul 2.01, Limitele competenței; Codul de etică al CPA, Standardul II.6) în practicarea profesiei de psiholog.

Toți autorii incluși în această carte abordează problema competenței în profesie, provocându-vă să vă gândiți ce pași va trebui să urmați pentru a vă dezvolta sau crește nivelul de competență în evaluarea și tratatea diverselor tulburări descrise aici. Competența reprezintă unul dintre conceptele fundamentale ce definesc practica profesională. Ca masterand sau doctorand, parcurgeți în acest moment etapele necesare pentru obținerea competenței în profesarea psihologiei, proces în care vă vor fi de mare ajutor cursurile de la facultate, stagiile de practică și lucru în supervizare, precum și stagiul postdoctoral. Toate aceste experiențe au fost create pentru a vă ajuta în mod treptat și cumulativ (Comisia de acreditare, APA, 2015) să dobândiți cunoștințele, abilitățile și valorile fundamentale și operaționale (Rodolfa și colab., 2015), pe baza cărora vă veți desfășura activitatea de psiholog cu competență. Cu toate acestea, chiar și după ce terminați programul de studiu și obțineți atestatul de psiholog autonom, este datoria dumneavoastră să continuați procesul de educație continuă (vezi Wise și colab., 2010). Educația nu se termină odată cu obținerea diplomei și nici măcar odată cu obținerea atestatului de psiholog autonom, întrucât a vă menține standardul de competență înseamnă un efort pe care trebuie să-l faceți de-a lungul întregii dumneavoastră cariere și vieți. Aceasta este ideea fundamentală de care sperăm să țineți cont atunci când citiți această lucrare.

EVALUAREA RISCULUI DE SUICID

S-au scris numeroase articole și cărți utile pe tema evaluării ideației și comportamentului suicidar (Kleespies, 2014) și pe bună dreptate. Evaluarea riscului de suicid este un aspect extrem de important al meseriei de psiholog: în Statele Unite, 13,4 persoane din 100 000 își iau viața în fiecare an (Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2017), în total aproape 45 000 de oameni pe an. Prin urmare, este foarte probabil ca, la un moment dat, în practica dumneavoastră să vă confruntați cu o situație de posibil suicid. Mai mult, lucrul cu un client suicidar este anevoios și stresant. Kleespies și Dettmer (2000) arată că, pentru un psiholog, activitatea cea mai stresantă, dificilă și uneori neplăcută este aceea de a evalua riscul de suicid. În cartea lui Pope și Vasquez (2016), dedicată eticii în psihologie, Linehan a subliniat că una dintre problemele pe care le întâmpină psihologii în lucrul cu clienții suicidari este faptul că nu au pregătirea și experiența necesară pentru a-i evalua și trata. Sommers-Flanagan și Shaw (2017) observă că masteranzii și doctoranzii în psihologie clinică nu sunt pregătiți suficient la cursurile de specialitate în sensul creșterii competenței în lucrul cu persoanele suicidare. Sperăm că lecturarea și discutarea observațiilor despre comportamentul suicidar oferite în această carte să reprezinte un prim (sau un al doilea) pas în direcția unei mai bune pregătiri pentru a răspunde adecvat unui client care se prezintă cu ideație sau comportament suicidar.

Următoarele comentarii constituie o privire de ansamblu asupra evaluării și intervenției în cazul unui client cu ideație suicidară. Pope și Vasquez (2016) descriu 22 factori de risc pe care un psiholog clinician ar trebui să-i ia în considerare, deși lista factorilor are limitările ei (și anume, factorii pot interacționa între ei, se pot schimba, iar lista nu este nici completă, nici definitivă). Factorii de risc includ, printre multe altele, anunțul verbal, planul de suicid, încercări anterioare de suicid, comunicarea intenției în mod indirect, precum și tulburările depresive. Rogers și Joiner (2017) au remarcat că lista factorilor se concentrează pe ideația suicidară, lăsând problema tentativelor suicidare anterioare în plan secund. În urma unui interesant studiu efectuat pe această temă, Rogers și Joiner au relevat importanța rolului jucat de ruminații și îngrijorarea excesivă, în detrimentul gândirii îndreptate către rezolvarea problemelor, în apariția tentativelor de suicid și în trecerea cu vederea de către persoana în cauză a unor soluții alternative la suicid.

Într-o meta-analiză a studiilor publicate în ultimii 50 de ani cu privire la gândurile și comportamentele suicidare (GCS), Franklin și colaboratorii (2017) observă că accentul pus pe factorii de risc pentru GCS, precum și pe factorii protectori nu este de mare ajutor, din cauza constrângerilor impuse de metodologia studiilor analizate. Aceștia subliniază faptul că factorii de risc pentru GCS se bazează pe concluzii raționale stabilite în urma consensului experților. Cu toate acestea, deși nu au fost explorați în literatura de specialitate, acești factori sunt probabil utili. După cum remarcă toți autorii, rolurile factorilor de risc pentru GCS sunt complexe și posibil interactive, drept pentru care analiza unor factori de risc singulari are o utilitate limitată în prezicerea apariției GCS. Studiile actuale urmăresc identificarea celor mai importanți factori de influențare a tendințelor suicidare (vezi Witte, Holm-Denoma, Zuromski, Gauthier & Ruscio, 2017). Prin urmare, a rămâne la curent cu cercetările actuale reprezintă o prioritate.

Sommers-Flanagan și Shaw (2017) subliniază cât de important este să fim la curent cu studiile privind evaluarea riscului de suicid și intervențiile recomandate, indicând șase tendințe actuale:

> (a) recunoașterea faptului că accentul pe factorii de risc pentru suicid nu este deosebit de util pentru psihologii practicieni; b) îndepărtarea de înțelegerea suicidului prin prisma modelului medical și apropierea de orientările social-constructioniste și colaborative (mutarea accentului de la înțelegerea comportamentului suicidar ca boală spre o înțelegere colaborativă a experienței de suicid prin care a trecut clientul); c) progresele făcute în dezvoltarea cunoștințelor teoretice despre persoanele suicidare; d) recunoașterea faptului că întâlnirea în cadrul clinic, precum și interviurile detaliate de evaluare a riscului de suicid sunt fundamentale pentru dezvoltarea și menținerea unei relații terapeutice; e) progresele făcute în felul în care clinicienii își întreabă pacienții cu privire la ideația suicidară; precum și f) metode pentru monitorizarea ideației suicidare pe o perioadă mai lungă de timp (p. 98).

Sommers-Flanagan și Shaw observă că „psihologii care înțeleg si aplică aceste abordări în evaluarea riscului de suicid vor fi mai capabili să realizeze o evaluare competentă a suicidului și să ofere servicii mai bune de tratament, contribuind astfel la prevenția suicidului la nivel național" (p. 98).

Deși este o dimensiune esențială a muncii unui psiholog, competența în evaluarea suicidului nu va fi atinsă doar prin lecturarea acestei cărți — sau a oricărei cărți pe această temă. Sperăm că acest text, precum și resursele menționate în carte, vă vor ajuta să acumulați cunoștințele de bază necesare pentru a intra în practica supervizată, ceea ce înseamnă a face noi pași pentru dobândirea competenței.

GRIJA FAȚĂ DE SINE

Achiziționarea de cunoștințe și abilități necesare pentru practicarea competentă a profesiei de psiholog ne permite dezvoltarea sentimentului autoeficienței, a experienței și a convingerii că suntem capabili să gestionăm eficient problemele ce apar în viață (Bandura, 1977, 1997). Sentimentul autoeficienței înseamnă și că persoana este aptă să răspundă la provocările vieții fără să se simtă copleșită de acestea, proces pe care îl numim *reziliență* (vezi Rutter, 2012). Cercetările au arătat că sistemele de sprijin, atât din interiorul familiei (Laub & Sampson, 2003) cât și din exteriorul familiei (Masten & Tellegen, 2012), reprezintă un important factor protector pentru dezvoltarea și menținerea rezilienței și, în acest fel, a competenței.

Competența se dezvoltă și prin acumularea de experiență (abilități) într-o gamă variată de situații. Această varietate de abilități poate duce la creșterea adaptabilității unei persoane și a capacității sale de a se descurca în situații noi și dificile (Chandra & Leong, 2016). Prin urmare, unul dintre mesajele pe care vrem să vi le transmitem este următorul: dezvoltați-vă rețele de sprijin social, atât în mediul profesional, cât și personal, și acumulați diverse experiențe atât ca psihologi, cât și în alte domenii din viața dumneavoastră, iar pe parcurs căutați să obțineți sfaturi și supervizare din partea celor care vă pot ajuta atunci când vă confruntați cu situații ce vă pun la încercare, astfel încât să ieșiți „oțeliți" (Rutter, 2012) din ele și nu înfrânți.

Însă povestea este mai lungă și ținem să subliniem dificultățile inerente procesului de dobândire a competenței, proces ce se desfășoară de-a lungul întregii vieți. Cursurile la care participați și supervizarea pe care o primiți pentru a vă dezvolta competența reprezintă o călătorie întreprinsă cu mari eforturi. Iar odată deveniți psihologi, veți continua să munciți din greu. Guy, Poelstra și Stark (1989) arată că 75% dintre psihologii care au răspuns la sondajul efectuat au recunoscut că trăiesc o stare semnificativă de disconfort emoțional legat de activitatea profesională, iar 37% dintre ei au recunoscut că starea de disconfort le afectează negativ activitatea. Procentele sunt impresionante și ar fi bine să țineți cont de ele, mai ales prin prisma studiului făcut

de Richards, Campenni și Muse-Burke (2010), care sugerează că persoanele care lucrează în sfera sănătății mentale sunt susceptibile în mod special de a suferi de burnout și perturbare emoțională și funcțională în context profesional.

Codul de Etică al APA (2017) și al CPA (2017), la care ne vom referi permanent în această carte, oferă fundamentul necesității de a avea grijă de sine. După cum indică aceste două coduri profesionale, este imperios necesar ca psihologii și cei care sunt în curs de a accede în profesie să se pregătească — și anume, să aibă grijă de ei înșiși — pentru munca dificilă cu care se vor confrunta în activitatea profesională.

Richards și colaboratorii săi (2010) observă că nu există o singură definiție a ceea ce înseamnă grija față de sine, descriind însă următoarele posibilități: sprijin și eforturi depuse în plan psihologic, fizic și spiritual cu scopul de a crește starea subiectivă de bine. Richards și colaboratorii săi au remarcat o relație pozitivă semnificativă între grija față de sine, conștiință de sine și starea de bine.

Într-o interesantă discuție cu privire la munca depusă de profesioniștii din sfera sănătății mentale, Svokholt (2012) s-a referit la intensitatea procesului terapeutic ca situație interpersonală cu o miză înaltă, ce presupune un grad mare de vulnerabilitate și un semnificativ potențial de vătămare a clientului atunci când este realizat inadecvat. Potrivit lui Svokholt, pentru a-și derula activitatea cu succes, un profesionist din sfera sănătății mentale trebuie să fie disponibil personal și emoțional pe parcursul muncii sale cu clientul. El le recomandă practicienilor din domeniul sănătății mentale să-și păstreze un bun nivel de funcționare personală și emoțională prin angajarea în activități pozitive și plăcute (activități tipice pentru „grija față de sine") care să le stimuleze capacitățile de coping și să le crească rezervele emoționale astfel încât să fie mai rezilienți și apți să practice psihologia de o manieră competentă în mod constant.

Grija față de sine înseamnă să vă folosiți judecata în mod optim, pe baza celor mai bune dovezi (iar în domeniul nostru, ca și în alte domenii, cele mai bune dovezi sunt obținute printr-o metodologie științifică; vezi Schaffer & Rodolfa, 2016), pregătindu-vă astfel să puneți întrebări și să luați decizii pe baza dovezilor existente. Această lucrare vă oferă numeroase exemple de psihologi care folosesc metoda științifică pentru a pune un diagnostic, trecând apoi la următorul pas în evaluare și tratament.

Când ne referim la grija față de sine, un subiect de altfel foarte vast, este foarte bine să ne exprimăm cu precizie, la fel ca în multe alte situații din psihologie. Myers și colegii (2012) au descoperit că, atunci când li se prezintă masteranzilor și doctoranzilor acest concept, este important să se pună accentul pe anumite comportamente utile în gestionarea stresului, mai curând decât să fie promovat un concept ambiguu de grijă față de sine. Astfel, ar fi bine să vă gândiți la câteva probleme foarte clare: Câte ore dedic somnului? Fac suficient efort fizic? Când am socializat ultima dată? Ce fac ca să-mi gestionez răspunsurile emoționale față de clienții pe care îi am în evaluare și tratament? Cum pot să mă ajut să trăiesc în momentul prezent? Întreprinderea unor activități specifice pentru a avea grijă de dumneavoastră vă va ajuta să vă gestionați nivelul de stres și, astfel, să achiziționați cunoștințele și abilitățile necesare pentru a vă evalua și diagnostica clienții în mod competent.

După cum ne-am exprimat în primele rânduri ale acestei introduceri, evaluarea și diagnoza efectuate în mod competent

reprezintă fundamentul practicării competente a profesiei de psiholog. Ele sunt procese extrem de importante, totodată complexe și dificil de stăpânit. Sperăm ca această lucrare, alături de cartea pe care am publicat-o anterior, să vă ajute să vă dezvoltați competența în evaluarea și diagnosticarea pacienților folosind ICD-10-CM, pregătindu-vă astfel să practicați profesia de psiholog cu competență de-a lungul întregii dumneavoastră cariere.

Referințe bibliografice

American Psychiatric Association (2016). *DSM-5, Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, București, Editura Medicală Callisto.

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, Amended June 1, 2010 and January 1, 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

American Psychological Association Commission on Accreditation. (2015). *Standards for accreditation for health service psychology*. Accesat la: http://c.ymcdn.com/sites/www.asppb.net/resource/resmgr/guidelines/2017_ASPPB_Competencies_Expe.pdf

Association of State and Provincial Psychology Boards. (2014). *Competencies expected of a psychologist at the point of licensure*. Accesat la: http://c.ymcdn.com/sites/www.asppb.net/resource/resmgr/guidelines/2017_ASPPB_Competencies_Expe.pdf

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191–215. http://dx.doi.org/10.1037/ 0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York, NY: Freeman.

Canadian Psychological Association. (2017). *Canadian code of ethics for psychologists* (4th ed.). Accesat la: http://www.cpa.ca/docs/File/Ethics/CPA_Code_2017_4thEd.pdf

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. (2017). *Suicide and self-inflicted injury.* Retrieved from https://www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2017). *ICD-10-CM.* Accesat la: https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/2017-ICD-10-CM-and-GEMs.html

Chandra, S., & Leong, F.T.L. (2016). A diversified portfolio model of adaptability. *American Psychologist, 71,* 847–862. http://dx.doi.org/10.1037/a0040367

Franklin, J., Ribeiro, J., Fox, K., Bentley, K., Kleiman, E., Huang, X.,... Nock, M. (februarie, 2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin, 143,* 187–232. http://dx.doi.org/10.1037/bul0000084

Goodheart, C. (2014). *A primer for ICD-10-CM users: Psychological and behavioral conditions.*http://dx.doi.org/10.1037/14379-000

Guy, J., Poelstra, P., & Stark, M. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology:Research and Practice, 20,* 48–50.

Kleespies, P. (2014). *Decision making in behavioral emergencies: Acquiring skill in evaluating and managing high-risk patients.* Washington, DC: American Psychological Association.

Kleespies, P., & Dettmer, E. (2000). An evidence-based approach to evaluating and managing suicidal emergencies. *Journal of Clinical Psychology, 56,* 1109–1130.

Laub, J.H., & Sampson, R.J. (2003). *Shared beginnings, divergent lives: Delinquent boys to age 70.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Masten, A.S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology, 24,* 345–361. http://dx.doi.org/10.1017/S095457941200003X

Myers, S., Sweeney, A., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology, 6,* 55–66. http://dx.doi.org/10.1037/a0026534

Pope, K., & Vasquez, M. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (5th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Richards, K., Campenni, C., & Muse-Burke, J. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling, 32,* 247–264.

Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L., & Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice, 36,* 347–354. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.347

Rodolfa, E., Greenberg, S., Hunsley, J., Smith-Zoeller, M., Cox, D., Sammons, M., Spivak, H. (2013). A competency model for the practice of psychology. *Training and Education*

in Professional Psychology, 7, 71–83. http://dx.doi.org/10.1037/a0032415

Rogers, M., & Joiner, T. (13 martie 2017). Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts: A meta-analytic review. *Review of General Psychology.* Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/gpr0000101

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology, 24,* 335–344. http://dx.doi.org/10.1017/S0954579412000028

Schaffer, J., & Rodolfa, E. (2016). *A student's guide to assessment and diagnosis using the ICD–10–CM: Psychological and behavioral conditions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Sommers-Flanagan, J., & Shaw, S. (2017). Suicide risk assessment: What psychologists should know. *Professional Psychology: Research and Practice, 48,* 98–106.

Svokholt, T. (2012). *Becoming a therapist: On the path to mastery.* Hoboken, NJ: Wiley.

Wise, E.H., Sturm, C.A., Nutt, R.L., Rodolfa, E., Schaffer, J.B., & Webb, C. (2010). Lifelong learning for psychologists: Current status and a vision for the future. *Professional Psychology: Research and Practice, 41,* 288–297. http://dx.doi.org/10.1037/a0020424

Witte, T.K., Holm-Denoma, J.M., Zuromski, K.L., Gauthier, J.M., & Ruscio, J. (2017). Individuals at high risk for suicide are categorically distinct from those at low risk. *Psychological Assessment, 29,* 382–393. http://dx.doi.org/10.1037/pas0000349

ICD–10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice, București, Editura Trei, 2016.

World Health Organization. (2016). *International classification of diseases and related health problems—10.* Accesat la: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en

1

F06.03 Tulburare de dispoziție datorată unei afecțiuni medicale cunoscute[4]

Jeff Baker și Lucia Cavanagh

Răspunsurile afective precum tristețea sau anxietatea sunt de așteptat atunci când are loc o schimbare în starea noastră de sănătate. Deși multe dintre reacțiile emoționale ce apar în asociere cu o afecțiune medicală sunt reacții normale, interferența acestora cu rutina zilnică a unei persoane sugerează prezența unei tulburări de dispoziție (Kaptein, 2014). În plus, reacțiile afective normale într-o situație de stres durează un timp limitat. Atunci când persistă, ceea ce se întâmplă adesea în cazul unor afecțiuni medicale cronice (pe termen lung), crește și riscul ca persoana să dezvolte o tulburare afectivă (Egede, 2007). O serie de factori pot influența transformarea distresului cauzat de o afecțiune medicală cronică într-o tulburare de dispoziție, cum ar fi variabilele demografice, reziliența, afectul pozitiv, evaluările cognitive ale bolii (acceptarea bolii, locus al controlului intern cu privire la starea de sănătate etc.), precum și existența resurselor sociale și de mediu (vezi Helgerson & Zaidel, 2017).

Multe afecțiuni medicale pot duce la dezvoltarea unei tulburări de dispoziție cu un impact negativ asupra stării de bine emoțional, asupra performanței în muncă, asupra veniturilor, relațiilor sau condițiilor de trai (Brannon, Feist și Updegraff, 2013). Unele afecțiuni medicale (precum și medicația necesară tratamentului) pot afecta direct dispoziția persoanei prin modificările ce survin la nivelul celor mai importanți neurotransmițători asociați stărilor emoționale (Patten & Barbui, 2004); alte afecțiuni medicale pot avea un impact indirect asupra dispoziției prin faptul că duc la limitarea funcționării fizice a persoanei sau a abilității acesteia de a participa la interacțiuni sociale sau la activități relevante.

Relația bidirecțională dintre sănătatea mentală și cea fizică, prin care dispoziția emoțională a unui pacient afectează și este afectată la rândul ei de starea de sănătate fizică (Koran și colab., 1989), precum și variabilitatea atât a prezentării, cât și a factorilor precipitanți fac să fie dificil să estimăm corect prevalența tulburărilor afective datorate unor afecțiuni medicale cunoscute. În general se estimează că aproximativ 50% dintre persoanele care suferă de boala Parkinson, 33% dintre persoanele care au trecut printr-un infarct, precum și 25% dintre persoanele afectate de cancer suferă de depresie (National Institute of Mental Health, 2002).

Psihologia practicată într-un cadru medical face parte din sistemul de *servicii medicale integrate*, însemnând că psihologul este integrat într-o echipă de specialiști în sănătate având ca scop tratarea pacientului. Fiecare membru al echipei este la curent cu ce fac ceilalți membri, iar ținta planului de tratament este îngrijirea globală a pacientului (Tauber, 2005). Practicarea psihologiei în cadru integrat se face de multă vreme, însă va deveni din ce în ce mai populară pe măsură ce comunitatea medicală va conștientiza importanța interacțiunilor bio-psiho-sociale (L. Fisher & Dickinson, 2014; Kazak & Noll, 2015). Deși gradul de integrare a serviciilor psihologice în cadrul serviciilor medicale diferă de la o clinică la alta (Ouwens, Wollersheim, Hermens, Hulscher & Grol, 2005), de multe ori psihologii sunt angajați în diverse secții sau departamente ale unui centru medical pentru a-i ajuta pe medici să înțeleagă simptomatologia psihologică a unui pacient și interacțiunea dintre factorii psihologici și afecțiunile medicale cronice, inclusiv sub forma gestionării simptomelor și creșterii calității vieții. Psihologii din secțiile de psihiatrie se ocupă în special de bolile mentale (Feuerstein, Labbé & Kuczmierczyk, 2013). Psihologii care lucrează în celelalte secții se ocupă mai ales de problemele de adaptare ce apar în viața unui bolnav cronic și de modul în care factorii psihologici contribuie la problemele de sănătate, cum ar fi impactul stresului asupra bolilor de inimă sau efectele comportamentelor de tipul regimului alimentar și exercițiului fizic asupra diabetului.

---

[4] Codul acesta nu se regăsește în ediția românească a ICD-10, fiind prezent doar în ICD-10 Clinical Modification. (N. red.)

Cazul

Doamna H. este o femeie în vârstă de 57 de ani, de rasă caucaziană, care a fost consultată de dumneavoastră în calitate de psiholog angajat la clinica de anesteziologie și tratament al durerii. Principalele acuze sunt legate de durerea cronică din zona mijlocului, cefei, umerilor și genunchilor, provocată de traumatisme mai vechi. Sindromul de durere cronică rezultat din leziuni traumatice (G89.21) se referă la o durere care nu dispare după perioada normală de vindecare în cazul unor leziuni fizice, perioadă ce durează de regulă între 6 și 12 săptămâni (National Institute of Neurological Disorders, National Institutes of Health, 2009). Alte probleme medicale curente includ diabetul zaharat (tip II) fără complicații (E11.9), cardiopatie hipertensivă fără insuficiență a inimii (I11.9) și modificări în plan psihosocial caracterizate de dificultăți de somn și memorie (Z72.821 și Z65.8), parțial datorate durerii fizice. De asemenea, doamna H. a menționat un istoric de simptome depresive, anxietate și dificultăți în relațiile personale.

La evaluarea inițială, doamna H. declară că durerea se datorează unui accident de mașină care a avut loc în urmă cu 25 de ani, iar între timp durerea s-a agravat din cauza unor accidentări, căzături și a altor probleme de sănătate. La evaluarea durerii, pe o scală în care 1 reprezintă nivelul minim, iar 10 nivelul maxim, doamna H. își descrie durerea resimțită ca fiind de nivelul 7 la momentul evaluării și de nivelul 5 în general, cu variații între nivelurile 3 și 10. Spune că a beneficiat de tratament de management al durerii, inclusiv prin tehnici de relaxare, care a ajutat-o în reducerea durerii. Doamna H. spune că durerea se intensifică în condiții de activitate fizică, chiar și în cazul celor mai simple activități casnice. Declară că nu o ajută prea mult medicamentele pe bază de opioide și este îngrijorată că ar putea apărea probleme de adicție, după cum s-a mai întâmplat în trecut. În timpul interviului, doamna H. a fost atentă, cooperantă, dispusă să ofere informații detaliate și părea să resimtă un ușor disconfort emoțional. Exceptând acuzele cu privire la memorie, funcționarea cognitivă a doamnei H. se desfășoară în parametri normali, iar doamna H. se prezintă ca fiind stabilă emoțional și capabilă să comunice fără probleme.

Doamna H. declară că trăiește de 15 ani alături de partenerul său, având cu acesta o relație lipsită de conflicte, însă distantă. Are doi copii dintr-o relație anterioară, spunând că are o relație bună cu fiul ei (în vârstă de 28 de ani), dar nu și cu fiica sa (în vârstă de 26 de ani). Doamna H. a absolvit 10 clase și a obținut diploma de studii la vârsta de 42 de ani. După accidentul de mașină, doamna H. a primit grad de handicap. Depinde de salariul partenerului ei și de indemnizația sa de handicap pentru a-și acoperi cheltuielile de trai și se declară foarte îngrijorată cu privire la situația sa financiară. Spune că uneori se simte atât de copleșită de durere, de griji și de lipsa de sprijin social, încât se retrage în camera ei și refuză să interacționeze cu ceilalți.

ABUZURI FIZICE, ABUZ DE SUBSTANȚE ȘI ALȚI FACTORI DE STRES MENTAL

Doamna H. declară că, de ceva timp, doarme mai puțin, are probleme de concentrare/memorie și i-a scăzut interesul față de activitățile zilnice, însă plânge mai des, este mai agitată, deprimată, retrasă și își face multe griji. Spune că nu are gânduri de sinucidere, dar că a încercat acum 20 de ani să se sinucidă luând „un pumn de ecstasy" pe vremea când era căsătorită, fusese diagnosticată cu cancer, iar soțul său tocmai o părăsise. Spune că a avut probleme cu băutura în tinerețe, dar că nu a mai băut alcool în ultimii cinci ani. Declară, de asemenea, că a fost abuzată fizic în trecut, dar că nu se mai întâmplă în prezent.

MEDICAȚIE ȘI ISTORIC MEDICAL

Istoricul medical al doamnei H. include o apendectomie acum 33 de ani; cancer (acum în remisie) acum 24 de ani, cu tratament ce a presupus și histerectomie totală; colecistectomie deschisă acum 22 de ani, precum și o endoscopie la genunchiul stâng acum trei ani. În fișa sa medicală sunt trecute 23 de medicamente luate de-a lungul timpului. În momentul prezent ia amitriptilină, Cymbalta, Seroquel și trazodonă, folosite în tratamentul depresiei și durerii, alături de alte șase medicamente (Neurontin, Flexeril, Zanaflex, Darvocet, tramadol, propoxyphene) pentru tratamentul durerii. Printre alte medicamente se numără albuterol (un inhalant), Synthroid (pentru hipotiroidie), Lipitor (pentru colesterolul ridicat), metformin (pentru diabet), Boniva (pentru osteoporoză) și Imitrex (pentru migrene).

Evaluare conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 1.1:

Date fiind complicațiile medicale ale acestui caz, care credeți că este rolul dumneavoastră în procesul de diagnosticare? Care sunt variabilele pe care le considerați a fi cele mai importante în evaluarea făcută doamnei H.? Există variabile nemenționate în evaluarea inițială a doamnei H. sau în istoricul său medical despre care ați vrea să știți mai multe?

Prima dumneavoastră impresie ar trebui să fie că acesta este un caz complex și că sunt multe variabile de care trebuie să țineți cont în evaluare. Variabilele principale pot fi durerea cronică, istoricul său de abuz de substanțe, precum și situația financiară (mai ales în raport cu prețul ridicat al medicamentelor).

Aspectele secundare includ existența sprijinului social, constrângerile fizice și acuzele legate de funcționarea cognitivă (mai ales în raport cu necesitatea de a lua decizii privind tratamentul medical). Impresia dumneavoastră inițială este că durerea cronică are un impact negativ asupra stării emoționale a doamnei H., provocându-i simptome depresive și anxioase. O problemă majoră este relația dintre dispoziția doamnei H. și starea sa de sănătate.

Pe lângă tot ce am aflat, ar fi util să știm care sunt strategiile și resursele de coping ale pacientei, întrucât am putea identifica astfel o potențială zonă pentru intervenție terapeutică. Deși pacienta a declarat că n-a mai consumat substanțe în ultimii cinci ani și nu mai bea, vă puneți întrebarea dacă acesta este adevărul sau dacă nu cumva este nevoie de alte informații care să coroboreze spusele pacientei. Ar fi bine să vă consultați și cu medicul anestezist pentru a vă face o idee și mai clară despre consumul de narcotice în cazul doamnei H. În fine, veți vrea să aflați cât de mult s-a implicat doamna H. în intervențiile anterioare de management al durerii, cât de eficiente au fost și dacă ar putea să-i afecteze motivația de a lucra cu dumneavoastră.

Să presupunem că ați adunat informațiile în urma interviului clinic, a studierii fișelor medicale și a folosirii unei baterii de teste de evaluare, printre care chestionare de autoevaluare, teste de personalitate și teste cognitive. Fiecare metodă vă oferă informații unice care apoi sunt integrate într-o perspectivă generală asupra pacientei.

Pacienta a completat următoarele teste: (a) Chestionarul de evaluare a strategiilor de coping (CSQ; Rosenstiel & Keefe, 1983); b) Chestionarul de distres la personalitatea de tip D (Type D; Denollet, 2005); c) Inventarul Beck de evaluare rapidă a depresiei pentru pacienții cu probleme medicale (BDI-FMS; Beck, Steer & Brown, 2000); d) Inventarul scurt al durerii (BPI; Cleeland & Ryan, 1994); e) Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota-2 (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989; Hathaway, McKinley și comisia de restandardizare a MMPI 1989, 1989); și f) Bateria de testare neurologică Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Screening (RBANS; Randolph, 1998). Testele generale de personalitate, cum ar fi MMPI-2 (sau MMPI-2-RF), pot fi utile pentru înțelegerea dinamicii personalității pacienților și a stilurilor acestora de coping, în vreme ce un test dedicat unui singur aspect, cum ar fi BDI-FS, sesizează mai corect depresia ce rezultă din afecțiuni medicale. Informațiile culese în urma aplicării testelor și a interviului clinic indică faptul că: a) doamna H. posedă unele strategii pozitive de coping prin care își distrage atenția de la durere și folosește tehnica afirmaților pozitive de coping; b) doamna H. are numeroase cogniții negative despre ea însăși și despre viața ei; c) problema ei medicală cronică interferează cu aproape toate aspectele funcționării sale fizice și mentale, ducând la o calitate scăzută a vieții; d) prezintă simptome de depresie, anxietate și un istoric de slab control al impulsului; e) prezintă deficite de memorie care probabil contribuie la problemele legate de gestionarea durerii și medicație; f) depresia sa pare să fie mai mult legată de problemele fizice decât de cele mentale, ceea ce reprezintă o observație importantă pentru stabilirea diagnosticului.

FIȘA MEDICALĂ ELECTRONICĂ

Consultarea fișei medicale a pacientului este o procedură standard pentru evaluarea unui pacient într-un cadru medical.

Fișa medicală electronică reprezintă o metodă la îndemână de a oferi servicii medicale integrate, întrucât observațiile scrise de medicii curanți sunt ușor de regăsit. Este bine să căutați în fișa medicală o listă a problemelor, observații legate de implicarea și gradul de cooperare a pacientului în tratament (de exemplu, dacă își respectă programările, dacă își ia medicamentele prescrise etc.), precum și o descriere a tipurilor de intervenții întreprinse până atunci și a eficienței lor. În cazul de față, fișa medicală conținea informații despre istoricul simptomelor doamnei H., istoric ce arăta legătura dintre dispoziția sa afectivă și starea sa fizică. Asociația Psihologilor Americani (APA; 2007b) oferă îndrumări privind standardele de practică etică și profesională atunci când este accesată fișa medicală a unui pacient.

Diagnosticul conform ICD-10-CM

O listă de diagnostice diferențiale bazate pe *International Classification of Disease, 10th Revision — Clinical Modification* (ICD-10-CM; Organizația Mondială a Sănătății, 1993), la care trimit simptomele acestei paciente, ar putea să includă: tulburare de dispoziție datorată unei afecțiuni medicale cu trăsături mixte (F06.34), tulburare de adaptare cu reacție mixtă, anxioasă și depresivă (F43.23), tulburare distimică (F34.1), tulburare de anxietate generalizată (F41.1) și/sau tulburare persistentă a dispoziției (afectivă) nespecificată (F34.9). Date fiind spusele doamnei H. cum că se retrage în camera ei atunci când se simte copleșită, vă puteți gândi și la agorafobie (F40.01). V-ați putea întreba dacă problemele de somn și memorie nu ar trebui să fie diagnosticate separat (de exemplu, tulburare de somn necauzată de o substanță sau condiție fiziologică cunoscută, nespecificată[5] și respectiv alt tip de amnezie [R41.3] sau dacă sunt manifestări ale diagnosticului principal.

ACTIVITATEA 1.2:

Date fiind informațiile de care dispuneți în acest moment, care credeți că este diagnosticul principal? Care sunt datele din testele aplicate doamnei H. și din istoricul cazului care vă conduc spre acest diagnostic și nu spre alte diagnostice posibile?

Simptomele pacientei indică în mod clar o tulburare afectivă. Întrebarea esențială se referă la cauza tulburării. În cazul doamnei H., istoricul său și fișa medicală indică faptul că tulburarea sa afectivă a apărut după accidentul de mașină, iar simptomele de depresie și anxietate tind să covarieze împreună cu durerea. De asemenea, datele rezultate din testările psihologice sugerează că perturbările sale de dispoziție, deși sunt semnificative din punct de vedere clinic și interferează cu viața ei, sunt în directă legătură cu durerea ei cronică. Astfel, pe baza interviurilor și datelor din testele psihologice, putem să excludem tulburarea distimică (F34.1) și tulburarea persistentă a dispoziției, nespecificată (F34.9), întrucât debutul și caracterul cronic al problemelor cu care se confruntă sunt cel mai bine explicate în contextul bolii de care suferă. Deși doamna H. are și un istoric de anxietate (F41.1), testele au indicat că pacienta are strategii pozitive de coping și, conform prezentării sale, anxietatea devine problematică doar în situațiile în care doamna H. se simte copleșită; prin urmare, anxietatea nu este diagnosticul principal. Puteți exclude și agorafobia (F40.0), întrucât „retragerea" și izolarea socială la care a făcut referire pacienta par să fie mai curând caracteristice pentru stilul ei de coping și nu un tip de panică în legătură cu spațiile publice sau teama irațională că ar putea fi prinsă fără ieșire într-un loc public.

---

[5] În ediția în limba română tradusă după ICD-10, diagnosticul corespunzător codului F51.9 este „tulburări nonorganice nespecificate ale somnului". **(N. red.)**

În consecință, diagnosticele principale conform ICD-10-CM care se potrivesc cel mai bine cazului prezentat sunt cel de tulburare afectivă mixtă datorată unei afecțiuni medicale cunoscute (F06.34) și cel de tulburare de adaptare, cu reacție mixtă, anxioasă și depresivă (F43.23). Problemele cu somnul și memoria par a fi probleme secundare ce rezultă din durerea cronică a pacientei și contribuie la tulburarea afectivă (de exemplu, dificultatea de a adormi din cauza durerii), deși le puteți trata ca diagnostice secundare. Îi puteți recomanda pacientei un consult la un medic neurolog sau la un specialist în problemele somnului pentru a lămuri în ce măsură problemele cu somnul sau memoria contribuie la simptomele sale depresive și anxioase.

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 1.3:

Care sunt aspectele de etică pe care le ridică un asemenea caz medical, mai ales ținând cont de faptul că vă veți consulta și veți colabora cu personalul medical care se ocupă de cazul doamnei H.? De ce sunt importante aceste aspecte și cum le-ați aborda?

Întrucât psihologia practicată în cadrul unor servicii medicale integrate necesită de obicei colaborarea cu alți specialiști, este important să nu uitați de regulile de confidențialitate în raport cu rolul profesional, păstrarea datelor pacientului și diseminarea rezultatelor evaluării (Asociația Psihologilor Americani [APA; 2017] *Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită* [Codul de etică al APA], Standardele 4.01, Păstrarea confidențialității; 6.01, Consemnarea activităților profesionale și științifice și păstrarea documentelor; și 6.02, Păstrarea, diseminarea și casarea documentelor confidențiale privind activitatea profesională și științifică). În domeniul psihologiei nu există un singur format de structurare a rapoartelor și de selectare a informațiilor care să fie incluse într-un raport psihologic. Atunci când lucrați într-un cadru profesional în care multe alte persoane au acces la datele psihologice din fișa medicală electronică, este important să includeți doar informațiile strict relevante pentru motivul trimiterii pacientului și nu informații personale care nu au un impact direct asupra tratamentului. Grija pentru confidențialitate trebuie să fie pusă în balanță, însă, cu nevoia celorlalți specialiști din echipa medicală de a avea acces la informații care să-i ajute să înțeleagă nevoile medicale ale pacientului, întrucât e posibil ca aceste nevoi să fie legate de stabilitatea emoțională a pacientului, de strategiile sale de coping, de trăsături comportamentale și de dispoziție, de riscul de abuz de substanțe psihoactive și de istoricul său psihosocial. Acești factori pot influența starea de sănătate a pacientului și șansele ca acesta să răspundă la tratamentul medical. La rândul său, personalul medical îi poate oferi psihologului informații importante, cum ar fi date farmacologice, starea funcționării cerebrale și istoria aderenței la recomandările de tratament medicamentos. Deși protejarea informațiilor din fișa de sănătate mentală ajută la menținerea intimității pacientului (Codul de etică al APA, Standardul 4.05, Dezvăluire de informații), furnizorii de servicii medicale care primesc acordul pacienților pentru dezvăluirea acelor date psihologice relevante pentru starea de sănătate a acestora obțin rezultate mai bune ale tratamentului (APA, 2008). Problema etică ce se pune este aceea de a găsi linia de mijloc între a face tot ce se poate pentru binele pacientului și a proteja confidențialitatea acestuia (Richards, 2009; vezi și capitolul 6 din acest volum). În acest sens, obținerea consimțământului informat al pacientului este cu atât mai importantă într-un cadru medical (Codul de etică al APA, Standardul 3.10, Consimțământul informat) și trebuie să se facă pe baza unei discuții amănunțite cu pacientul, prin care acesta să înțeleagă ce informații vor fi notate în fișa pacientului, modalitatea în care acestea vor fi dezvăluite personalului medical, precum și posibilele consecințe ale dezvăluirii de informații, atât pozitive, cât și negative.

În cazul pacienților care prezintă un caz complicat, psihologii trebuie să realizeze o evaluare mai cuprinzătoare, care solicită mai mult timp și este mai costisitoare. Aici poate interveni o altă dilemă etică, generată de conflictul dintre nevoia de a proteja pacientul și nevoia de a genera venit. Pentru o discuție mai aprofundată a acestei chestiuni, vezi C. B. Fisher (2008) și Pope (1990). Până la urmă, atunci când lucrează într-un sistem de servicii integrate, psihologii trebuie să echilibreze continuu nivelul onorariului și taxelor (Codul de etică al APA, Standardul 6.4, Taxe și onorarii), precum și acuratețea datelor raportate (Codul de etică al APA, Standardul 6.06, Acuratețea datelor raportate plătitorilor și surselor de finanțare) cu grija pentru binele pacientului.

Psihologii care lucrează în sistemul de servicii medicale integrate trebuie să se asigure că au competența necesară rolului lor în acest sistem (APA, 2007a) și, mai ales, competența necesară pentru a oferi serviciile psihologice solicitate (Codul de etică al APA, Standardul 2.01, Limitele competenței). Întrucât testarea psihologică face parte în mod obișnuit din sistemul de servicii medicale integrate, familiaritatea cu testele administrate și competența în interpretarea testelor sunt deosebit de importante. Multe dintre aspectele etice ale testării sunt abordate în lucrarea lui Schaffer și Rodolfa (2016), printre care selectarea unor teste ce demonstrează validitate și fidelitate, folosirea unor teste care sunt adecvate pentru competența și preferințele lingvistice ale pacientului, precum și obținerea consimțământului informat (Codul de etică al APA, Standardul 9.02, Folosirea metodelor de evaluare, și 9.03, Consimțământul informat pentru evaluare).

Deși nu este interzisă folosirea unor instrumente mai vechi de testare psihologică, cu validitate și fidelitate demonstrate (Codul de etică al APA, Standardul 9.08, Teste învechite și rezultate la teste ieșite din uz), este de preferat să folosiți teste psihologice curente și aduse la zi, dacă dovedesc validitate și fidelitate. Alegerea testelor trebuie să se facă întotdeauna în raport cu problemele pacientului, cu aspectele clinice și cu validarea utilizării testului pe populații asemănătoare.

De multe ori, psihologii oferă feedback pacienților privind rezultatele evaluării (vezi Codul de etică al APA, Standardul 9.10, Explicarea rezultatelor evaluării), ceea ce ajută la crearea unei relații bune cu pacientul și la aducerea în discuție a unor aspecte care poate nu au ieșit în evidență în timpul interviului clinic. Informarea pacientului cu privire la rezultatele testelor trebuie să fie făcută pe înțelesul pacientului, adică să se folosească un limbaj similar cu cel utilizat de pacient (Fischer, 2000; Levak, Siegel, Nichols & Stolberg, 2011).

Suprapunerea rolurilor profesionale într-o echipă medicală complexă poate crea confuzie pentru pacient (Codul de etică al APA, Standardul 3.06, Conflict de interese). Psihologii trebuie să clarifice atribuțiile rolului lor în raport cu rolul celorlalți membri ai echipei încă de la începutul tratamentului. Rolul dumneavoastră într-un sistem profesional trebuie să vă fie clar atât dumneavoastră, cât și pacientului dumneavoastră și celorlalți furnizori de servicii medicale.

Managementul riscurilor — Cum vă protejați pacientul și cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 1.4:

Ce aspecte legate de managementul riscurilor apar într-un caz medical de acest tip? Credeți că rolul dumneavoastră în cadrul unor servicii medicale integrate este diferit de rolul la care v-ați gândit atunci când v-ați format primele impresii despre doamna H.? De ce sau de ce nu?

Munca într-un sistem de servicii medicale integrate presupune o serie de riscuri pentru cel care oferă respectivele servicii. Pacienții vin cu probleme medicale complexe, necesitând de multe ori o evaluare psihologică ce ia mai mult timp. Specialistul încearcă să înțeleagă despre ce tip de suferință psihologică este vorba, în ce fel se leagă de afecțiunile medicale și cum poate fi gestionată cel mai bine. Familiarizarea cu tipurile de afecțiuni medicale cel mai frecvent întâlnite și cu distresul psihic așteptat (după cum se precizează în literatura de specialitate) reprezintă o bună strategie de a clarifica toate aceste variabile. Colaborarea cu echipa medicală și trimiterea pacientului la specialiștii potriviți cazului său sunt strategii esențiale în acest cadru și sunt importante pentru gestionarea riscurilor asociate. De exemplu, un pacient cu durere cronică trebuie neapărat să fie evaluat medical de către un specialist în managementul durerii, dacă este disponibil. Aceste decizii sunt susținute etic și empiric, iar consultarea cu furnizorii de servicii medicale reprezintă o modalitate bună de a vă apăra de acuzații de malpraxis (Bland, Lambert, Raney și American Psychiatric Association, 2014; Guglielmo, 2013).

Mai ales atunci când lucrează cu clienți ce au dureri cronice, pentru care opioidele sunt o modalitate standard de tratament, ducând la un risc crescut de abuz de substanțe, psihologul va fi rugat să se pronunțe cu privire la starea unui pacient și dacă narcoticele pot fi luate în calcul ca o variantă pentru tratamentul viitor. Aici este vorba de o problemă importantă de management al riscurilor din două puncte de vedere. În primul rând, judecata dumneavoastră profesională cu privire la o situație care de obicei nu face parte din pregătirea unui psiholog poate influența decizia de a recomanda tratament farmacologic sau nu. În al doilea rând, este important să nu vă depășiți competențele profesionale ca să nu fiți acuzat că practicați medicina fără drept de practică (Codul de etică al APA, Standardul 2.01). Prin urmare, trebuie să încercați să răspundeți nevoilor pacientului, dar fără să ieșiți din propria arie de competență.

O a doua chestiune ține de rolul psihologului de a oferi explicații despre impactul pe care diversele medicamente îl pot avea asupra stării de sănătate fizică și mentală a pacientului, o problemă deosebit de importantă pentru pacienții cu durere cronică. Doamnei H. i-au fost prescrise mai multe antidepresive, pe lângă medicamentele pe bază de opioide pentru durerea cronică și încă alte câteva medicamente pentru celelalte afecțiuni de care suferă. Efectele secundare ale medicamentelor pe bază de opioide, cum ar fi somnolența sau starea de confuzie, ar putea contribui la problemele sale cognitive și la simptomele depresive. Care este rolul dumneavoastră, ca psiholog, în gestionarea acestor complicații? Recunoașterea simptomelor comportamentale și afective, precum și datele din evaluarea psihologică pot oferi o perspectivă utilă. O altă întrebare, în special fiindcă doamna H. are probleme de memorie și trebuie să ia multe medicamente de diverse feluri, este dacă își urmează tratamentul corect. Este indicat să vă consultați cu medicul curant atunci când există motive de îngrijorare privind abuzul de substanțe, efecte secundare debilitante sau contraindicații clare (Eccleston, 2001).

Concluzii

ACTIVITATEA 1.5:

Ce obiective specifice aveți în lucrul cu un pacient cu durere cronică și multiple probleme psihologice și medicale? Cum ați putea să vă atingeți aceste obiective dacă ați avea o pacientă precum doamna H.?

Atunci când lucrați într-un cadru medical, intervenția de tip tratament țintește suferința emoțională cu scopul de a reduce impactul negativ asupra stării de sănătate și de a maximiza funcționalitatea persoanei. Pentru doamna H., conceptualizarea strategiilor de tratament necesită o înțelegere profundă a diverșilor factori psihosociali, cognitivi și de mediu care contribuie la tulburarea sa afectivă și la amplificarea, în consecință, a durerii cronice de care suferă. Tratamentul va aborda direct managementul durerii și strategiile de coping, precum și depresia instalată ca urmare a durerii cronice. Există o serie de simptome și factori psihosociali de stres în viața doamnei H. de care trebuie, de asemenea, să țineți cont pentru a pune la punct un tratament eficient al durerii (de exemplu, managementul medicației, nevoia de susținere, problemele de memorie, istoricul de abuz de substanțe, potențialul de suicid, problemele cu somnul, stima de sine, simptomele de anxietate).

Puteți prioritiza problemele unui pacient precum doamna H. în mai multe feluri. În cazul de față, pacienta vrea să-i scadă nivelul durerii, să doarmă mai bine și să aibă o viață mai bună în familie, cu relații personale care să-i ofere mai mult sprijin. În majoritatea cazurilor, va trebui să stabiliți dacă pacientul dumneavoastră este suicidar, dacă a renunțat cu adevărat la abuzul de substanțe și dacă ar beneficia de pe urma unui tratament integrat de management al durerii.

Într-o primă etapă, veți evalua amănunțit intențiile suicidare. Apoi, veți stabili la ce medici specialiști trebuie trimisă pacienta, incluzând aici evaluarea medicației, testarea neuropsihologică și evaluarea migrenelor. Date fiind limitele competenței dumneavoastră profesionale, va fi foarte important să înțelegeți când va fi nevoie să vă consultați cu medicii specialiști pentru a afla mai multe informații în vederea începerii tratamentului. Dat fiind istoricul acestei paciente, printre intervențiile nonspecifice se vor număra: stabilirea unui raport bun cu pacienta, dezvoltarea unei conexiuni cu aceasta, precum și crearea unui climat de siguranță pentru pacientă.

Apoi, veți stabili abordările proximale de tratament pentru reducerea durerii doamnei H. Acestea vor consta în strategii de relaxare și management al durerii, printre care relaxare musculară progresivă, imagerie ghidată, exercițiul fizic și tehnici de mindfulness (Chang, Fillingim, Hurley & Schimdt, 2015). Pe lângă managementul direct al durerii, va trebui să lucrați și asupra gestionării suferinței emoționale, mai ales a simptomelor depresive și anxioase. Psihoterapia cognitiv-comportamentală (CBT) și terapia prin acceptare și angajament (ACT) sunt psihoterapii cu efecte demonstrate în situații de acest fel (Ehde, Dillworth & Turner, 2014; McCracken & Vowles, 2014). Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru durerea cronică îi ajută pe pacienți să evalueze impactul durerii în viața lor, să înțeleagă legătura dintre autoevaluarea durerii și emoțiile negative și să dezvolte răspunsuri mai adaptative la durere. Puteți folosi metoda interviului motivațional pentru a facilita schimbarea comportamentului și pentru a menține angajamentul față de tratament (TSE, Vong & Tang, 2013). Terapia prin acceptare și angajament pune accentul pe flexibilitatea psihologică și pe un comportament ghidat de valori, încurajând pacienții să-și accepte (mai curând decât să evite) suferința, să rămână centrați pe momentul prezent și să se comporte în acord cu scopurile și valorile lor personale (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Un ultim element al planului de tratament în cazul doamnei H. va fi să învețe să-și gestioneze stresul psihosocial, dat fiind aportul acestuia la durerea cronică. În acest scop, veți pune accentul pe îmbunătățirea abilităților de coping deja existente și pe dezvoltarea unui program de autoîngrijire. Prin îmbunătățirea abilităților sociale (Rakos, 1991), doamna H. va fi în stare să solicite mai ușor sprijin din partea familiei sale. De asemenea, intervențiile psihoeducaționale cu privire la obiceiurile legate de somn, etapizarea activităților zilnice și alte tipare comportamentale de acest fel o vor ajuta să-și îmbunătățească igiena somnului (vezi Berry și colab., 2015). Acestea sunt câteva dintre intervențiile scurte care o pot ajuta pe doamna H. să-și gestioneze mai ușor stresul de fiecare zi și în acest fel să-și reducă nivelul durerii.

Referințe bibliografice

American Psychological Association. (2007a). *Guidelines for psychological practice in health care delivery systems.* Accesat online la: http://www.apa.org/practice/guidelines/delivery-systems.aspx

American Psychological Association. (2007b). Record keeping guidelines. *American Psychologist, 62*, 993–1004. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.9.993

American Psychological Association. (2008). *Blueprint for change: Achieving integrated health care for an aging population.* Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, modificat pe 1 iunie 2010 și pe1 ianuarie 2017). Accesat online la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (2000). *BDI–FS FastScreen for Medical Patients: Manual.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Berry, R., Verrier, M.J., Rashiq, S., Simmonds, M.K., Baloukov, A., Thottungal, J., Dick, B.D. (2015). A brief cognitive–behavioral intervention for sleep in individuals with chronic noncancer pain: A randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology, 60*, 193–200. http://dx.doi.org/10.1037/rep0000035

Bland, D.A., Lambert, K., Raney, L., & the American Psychiatric Association. (2014). Resource document on risk management and liability issues in integrated care models. *The American Journal of Psychiatry, 171*(Data Suppl.), 1–7. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.1710501

Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Belmont, CA: Cengage Learning.

Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory—2 (MMPI–2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Chang, K.L., Fillingim, R., Hurley, R.W., & Schmidt, S. (2015). Chronic pain management: Nonpharmacological therapies for chronic pain. *FP Essentials, 432*, 21–26.

Cleeland, C.S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 23*, 129–138.

Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine, 67*, 89–97. http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000149256.81953.49

Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia, 87*(1), 144–152. http://dx.doi.org/10.1093/bja/87.1.144

Egede, L.E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: Prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry, 29*, 409–416. http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.06.002

Ehde, D.M., Dillworth, T M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist, 69*, 153–166. http://dx.doi.org/10.1037/a0035747

Feuerstein, M., Labbé, M. F., & Kuczmierczyk, A. R. (2013). *Health psychology: A psychobiological perspective*. New York, NY: Springer Science + Business Media.

Fischer, C. T. (2000). Collaborative, individualized assessment. *Journal of Personality Assessment, 74*, 2–14. http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JPA740102

Fisher, C. B. (2008). *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Fisher, L., & Dickinson, W.P. (2014). Psychology and primary care: New collaborations for providing effective care for adults with chronic health conditions. *American Psychologist, 69*, 355–363. http://dx.doi.org/10.1037/a0036101

Guglielmo, W.J. (2013, December 23). New malpractice risks under the ACA. *Medscape Business of Medicine: Legal and Malpractice Corner*. Retrieved from http://www.medscape.com/viewarticle/815368

Hathaway, S. R., McKinley, J. C., & the MMPI Restandardization Committee. (1989).

MMPI–2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2: Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1–25. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Helgeson, V.S., & Zajdel, M. (2017). Adjusting to chronic health conditions. *Annual Review of Psychology, 68,* 545–571. http://dx.doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044014

Kaptein, A.A. (2014). Ethics in health psychology: Some remarks from an outsider. *The European Health Psychologist, 16,* 90–94.

Kazak, A.E., & Noll, R.B. (2015). The integration of psychology in pediatric oncology research and practice: Collaboration to improve care and outcomes for children and families. *American Psychologist, 70,* 146–158. http://dx.doi.org/10.1037/a0035695

Koran, L.M., Sox, H.C., Jr., Marton, K.I., Moltzen, S., Sox, C.H., Kraemer, H.C., Chandra, S. (1989). Medical evaluation of psychiatric patients. I. Results in a state mental health system. *Archives of General Psychiatry, 46,* 733–740. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810080063007

Levak, R.W., Siegel, L., Nichols, D.S., & Stolberg, R. (2011). *Therapeutic feedback with the MMPI–2: A positive psychology approach.* New York, NY: Taylor & Francis.

McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist, 69,* 178–187. http://dx.doi.org/10.1037/a0035623

National Institute of Mental Health. (2002). Breaking ground, breaking through: The strategic plan for mood disorders research of the National Institute of Mental Health. *Biological Psychiatry, 52,* 547–588.

National Institute of Neurological Disorders, National Institutes of Health. (2009).

Pain: Hope through research. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy, 23,* 307–322. http://dx.doi.org/10.1080/15360280903099141

Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: A review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care, 17,* 141–146. http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi016

Patten, S.B., & Barbui, C. (2004). Drug-induced depression: A systematic review to inform clinical practice. *Psychotherapy and Psychosomatics, 73,* 207–215. http://dx.doi.org/10.1159/000077739

Pope, K. S. (1990). Ethical and malpractice issues in hospital practice. *American Psychologist, 45,* 1066–1070. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.45.9.1066

Rakos, R. F. (1991). *Assertive behavior: Theory, research, and training.* New York, NY:Taylor & Frances/Routledge.

Randolph, C. (1998). *RBANS manual: Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Richards, M. M. (2009). Electronic medical records: Confidentiality issues in the time of HIPAA. *Professional Psychology: Research and Practice, 40,* 550–556. http://dx.doi.org/10.1037/a0016853

Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain, 17,* 33–44. http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(83)90125-2

Schaffer, J., & Rodolfa, E. (2016). *A student's guide to assessment and diagnosis using the ICD–10–CM: Psychological and behavioral conditions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Tauber, A. I. (2005). *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Boston, MA: MIT Press.

Tse, M.M., Vong, S.K., & Tang, SK. (2013). Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: A randomized controlled study. *Journal of Clinical Nursing, 22*, 1843–1856. http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04317.x

World Health Organization. (1993). *ICD–10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice*, București, Editura Trei, 2016.

F10.2 Dependența de alcool

Staci Leon Morris, Ken C. Winters și Eric F. Wagner

Dependența de alcool înseamnă dorința compulsivă de a consuma alcool, combinată cu incapacitatea de a controla consumul. Consumul de alcool poate ajunge să domine viața unei persoane, luând locul altor activități plăcute și ducând la o adicție fiziologică cu multiple consecințe fizice, psihologice și sociale negative. Uzul și abuzul de alcool (ca și de marijuana) sunt tulburări comportamentale majore ale timpurilor noastre (Tyburski, Sokolowski, Samochowiec & Samochowiec, 2014), în ciuda efectelor lor negative (Haberstick și colab., 2014), mai ales în rândul adolescenților (Haberstick și colab., 2014; Johnston, O'Malley, Miech, Bachman & Schulenberg, 2017). Se estimează că rata de prevalență a uzului de alcool în Statele Unite este de aproximativ 48% pentru persoane în vârstă de 12 ani și peste, iar 8% dintre persoanele cu vârste între 12 și 20 de ani fac uz de alcool în mod excesiv[6] (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2017; Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2016). Conform definiției, *consumul excesiv de alcool* constă în cinci sau mai mult de cinci pahare consumate cu același prilej în cazul bărbaților sau patru sau mai mult de patru pahare consumate cu același prilej în cazul femeilor (deși această definiție este oarecum arbitrară, întrucât intoxicația cu alcool depinde de mai mulți factori, printre care genul persoanei, greutatea și procentul de grăsime corporală, rata uzului de alcool, conținutul stomacal, somnul, toleranța, contextul și dispoziția). În Statele Unite, costul anual suportat de societate al abuzului de alcool depășește 249 miliarde de dolari (NIAAA, 2017).

---

[6] binge drinking, în original. (N. red.)

Uzul de alcool s-a redus în rândul adolescenților americani comparativ cu anul 1979, când s-a înregistrat un nivel record, însă alcoolul rămâne substanța cea mai folosită de către adolescenții americani, dintre care 61% spun că au consumat alcool până la vârsta intrării la liceu, 23% spun că au consumat alcool până la începerea clasei a VIII-a, iar 10% dintre elevii claselor a VIII-a spun că s-au îmbătat cel puțin o dată (Johnston și colab., 2017). Băutura consumată excesiv continuă să fie o problemă majoră de sănătate publică (Johnston, O'Malley, Miech, Bachman & Schulenberg, 2014).

Deși consumul de alcool de către minori se înregistrează în toate grupurile etnice sau rasiale, tinerii hispanici, care reprezintă un grup demografic cu creștere rapidă, raportează un consum mai mare de alcool (și anume consum mai frecvent de alcool, consum excesiv de alcool și stări de ebrietate) decât tinerii afro-americani sau caucazieni (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2011).

Cazul

Joaquin, un adolescent hispanic în vârstă de 16 ani, a fost arestat pentru ebrietate în spațiul public și a fost trimis la centrul comunitar pentru sănătate mentală (CMHC) la care lucrați dumneavoastră, pentru diagnosticare și un posibil tratament. Întrucât Joaquin se află la prima infracțiune, instanța i-a oferit această opțiune în loc de pedeapsa cu închisoarea într-un centru de detenție juvenilă. Lui Joaquin i s-a făcut o evaluare psihosocială complexă inițială (pentru un rezumat cu privire la temele abordate într-o asemenea evaluare, vezi Schaffer & Rodolfa, 2016) și, pe baza rezultatelor evaluării și a judecății dumneavoastră clinice, i-a fost recomandat un program scurt de tratament pentru adolescenții consumatori de alcool și alte droguri, derulat în cadrul centrului comunitar pentru sănătate mentală.

INTERVIUL CLINIC

Joaquin se prezintă însoțit de mama sa la centru, însă este intervievat singur în timp ce mama sa completează niște documente. În timpul interviului, Joaquin dovedește orientare în timp și spațiu, este amabil, cooperant, deschis și implicat activ în evaluare. El parcurge interviul fără efort. Se descrie ca fiind alb de origine hispanică. Născut în SUA, Joaquin locuiește cu mama și cu tatăl său, amândoi părinții fiind născuți în Peru. Joaquin spune că preferă să vorbească în engleză, deși vorbește la fel de mult în spaniolă și în engleză cu rudele sale. Joaquin o indică pe mama sa, care este casnică, drept tutorele său principal. Potrivit lui Joaquin, ambii părinți au absolvit liceul, iar el obține note de 7-8 la școală. Își descrie familia ca fiind foarte „religioasă" și afirmă că merg la slujba catolică săptămânal.

Joaquin neagă existența vreunor simptome depresive sau anxioase, probleme de învățare sau probleme de comportament, inclusiv gânduri suicidare. Nu a mai participat până acum la vreo formă de consiliere. Întrebat despre uzul de substanțe, declară că nu a băut în ziua interviului, drept pentru care nu i se măsoară nivelul alcoolului din sânge. Afirmă că a început să bea „cam pe la 13 ani" și consumă alcool cam 2-3 nopți pe săptămână, ceea ce este „normal", după spusele sale. Mai mult, atunci când bea, de obicei consumă „două beri" și „shoturi multe, de nici nu le mai țin șirul". Dumneavoastră faceți observația că acest tipar de consum intră în categoria „băut excesiv", însă Joaquin vă contrazice. Spune că de multe ori preferă să bea în detrimentul altor activități, cum ar fi desenul, baschetul, tobele sau jocurile video, toate acestea fiind activități care îi făceau plăcere odinioară, dar pe care le practică doar rar acum. Neagă că ar avea vreun simptom de sevraj când nu bea sau probleme de toleranță, afirmând că bea pentru că îi place, nu pentru că are nevoie de mai multă băutură. Deși mai târziu va admite și consumul de marijuana, neagă că ar fi consumat alte substanțe ilicite în ultimele șase luni. Rezultatele negative ale analizei probei de urină efectuate în timpul vizitei confirmă că Joaquin nu a consumat recent amfetamine, cocaină, canabis sau morfină. Deși aceste analize de urină nu constituie un diagnostic, pot ajuta la coroborarea declarațiilor pacientului în legătură cu lipsa consumului recent de substanțe sau la relevarea consumului de substanțe pe care pacientul fie îl ascunde voit, fie l-a uitat (American Society of Addiction Medicine, 2013).

Joaquin declară că locuiește cu ambii părinți și cu fratele său în vârstă de 19 ani, pe care îl caracterizează ca fiind băutor înveterat și consumator obișnuit de marijuana. Spune că tatăl său bea cantități moderate de alcool, iar mama sa nu bea deloc, niciunul dintre părinți nefiind consumatori de substanțe ilicite. Joaquin afirmă că bea deseori alături de tatăl și fratele său, motiv pentru care sunt certați de mamă. Joaquin spune că are câțiva prieteni buni și că este în general mulțumit de relațiile sale cu colegii, declarând totuși că prietenii săi beau alcool în cantități moderate sau chiar excesive, iar unii dintre ei sunt consumatori obișnuiți de marijuana.

IMPRESII CLINICE

În acest caz, dumneavoastră veți lua în calcul nu doar problema cu care s-a prezentat Joaquin — și anume, uzul de alcool și faptul că tratamentul i-a fost impus de către instanță — ci și etapa de dezvoltare în care se află, de o importanță crucială. Adolescența este o perioadă marcată de transformări esențiale în mai multe domenii, de la domeniul biologic (de exemplu, statutul de persoană capabilă de a se reproduce, schimbările hormonale, modificările fizice, maturizarea cortexului prefrontal/sistemului limbic), la cel psihologic (individuația, formarea identității, autoreglarea emoțională, funcționarea executivă, autonomia) și la cel social (relațiile intime; influența colegilor și a fraților/surorilor; schimbări la nivelul controlului parental; dezvoltarea abilităților sociale, inclusiv în ceea ce privește rețelele de socializare), precum și la nivelul rolurilor (trecerea de la un nivel școlar la altul; șofatul; munca plătită; Wagner, 2008). După cum raportează Winters și Lee (2008), uzul de droguri sau alcool în această perioadă de maturizare rapidă a creierului îl poate face pe un adolescent precum Joaquin să fie mult mai vulnerabil la dezvoltarea unei tulburări de uz de alcool. Alte probleme de care trebuie să țineți cont includ ritmul maturizării lui Joaquin prin comparație cu colegii săi și sincronizarea dintre maturizarea cerebrală (și anume, capacitatea de a lua decizii) și maturizarea sa fizică. Nu doar că aceste multiple tranziții se desfășoară în momente diferite de timp la persoane diferite, dar nici nu sunt constante, iar uneori se suprapun. Fiecare dintre aceste transformări, precum și interacțiunile dintre ele, pot influența puternic rolul jucat de alcool în viața lui Joaquin. Mai mult, dat fiind că trece prin aceste transformări, un adolescent nu doar că ia decizii și face alegeri altfel de cum ar proceda o persoană matură, dar nici nu ne putem aștepta ca el să răspundă la tratament așa cum ar face-o un adult (Morris & Wagner, 2007).

În general, ne putem aștepta ca adolescenții să se afle în stadiile mai de început ale disponibilității la schimbare (Prochaska & DiClemente, 1986), dat fiind că nu consumă substanțe de mult timp, iar consecințele negative sunt mai reduse ca număr și mai puțin pervazive ca la adulți. Și totuși, deși adolescenții nu se descriu pe ei înșiși ca având probleme cu consumul de substanțe (Monti, Barnett, O'Leary & Colby, 2001), anumite contexte, precum contactul lui Joaquin cu sistemul de justiție, pot servi drept „ferestre de oportunitate", în care consecințele negative sunt evidente, sporind, astfel, motivația persoanei de a face schimbări.

Evaluarea conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 2.1:

Deși Joaquin a fost trimis la dumneavoastră pentru o problemă legată de consumul de alcool, el este totuși un adolescent care a fost arestat. Vreți să începeți explorarea posibilelor diagnostice cu grupul F10-F19 (Tulburări mentale și de comportament cauzate de utilizarea de substanțe psihoactive), focalizându-vă asupra arestului, sau vă îndreptați atenția asupra uzului de substanțe asociat arestului, deși tulburările de uz de substanțe sunt în mod tipic asociate cu adulții și nu cu adolescenții?

În cadrul evaluării inițiale, lui Joaquin i s-au administrat o serie de teste. Consumul de alcool a fost stabilit prin interviul Timeline Followback Interview (TLFB; Sobell & Sobell, 1996), care este un instrument de cercetare și evaluare clinică folosit pe scară largă, beneficiind de bună fidelitate și validitate în rândul unor populații diverse de persoane cu probleme de uz de alcool. Datele obținute prin TFLB sunt centralizate pentru a da următoarele variabile: numărul total de zile în care persoana a făcut uz de alcool, numărul total de zile în care persoana a făcut uz de droguri, numărul de zile de abstinență de la alcool și numărul de zile de abstinență de la droguri, precum și cifra medie de băuturi consumate în zilele în care persoana a consumat alcool.

Adolescenții hispanici/latino-americani sunt mai vulnerabili la problemele ce țin de consumul de alcool, din cauza aculturării și discriminării percepute (Acosta, Hospital, Graziano, Morris & Wagner, 2015). Cu toate acestea, trebuie făcută o evaluare culturală amănunțită, întrucât hispanicii/persoanele de etnie latină reprezintă un grup divers, în cadrul căruia există nu doar factori de risc, ci și factori protectori, precum implicarea parentală și religiozitatea (Salas-Wright, Hernandez, Maynard, Saltzman, & Vaughn, 2014).

Procesul de diagnostic conform ICD-10-CM

Joaquin a negat că ar avea simptome de depresie și ideație suicidară. Nu a părut să aibă alte probleme emoționale, comportamentale sau de învățare. Mama sa a declarat același lucru. Coroborarea informațiilor, mai ales în cazuri de uz de substanțe, poate aduce un plus de date.

Dat fiind că Joaquin a fost arestat și este adolescent, ar merita să vă gândiți dacă întrunește criteriile pentru diagnosticul de tulburare de conduită (F91.x[7]) sau de tulburare a opoziționismului provocator (F91.3) conform ICD-10, date fiind certurile din familie în legătură cu obiceiul său de a consuma alcool. Pentru a întruni criteriile unui diagnostic de tulburare de conduită, Joaquin ar trebui să demonstreze un tipar constant de conduită *disocială, agresivă sau opoziționistă*. Acest diagnostic îl puteți exclude repede, întrucât Joaquin se află la prima încălcare a legii, fără un istoric de comportamente opoziționiste sau antisociale asociate în general cu o tulburare de conduită (vezi Organizația Mondială a Sănătății [OMS], 1993).

Pe baza ICD-10-CM și dat fiind istoricul cu care s-a prezentat Joaquin, posibilele diagnostice rămase pe listă intră în categoria F10: tulburări legate de alcool. Deși consumatorii de alcool fac uz uneori și de alte substanțe, Joaquin spune că nu folosește droguri ilicite și că nu a fumat marijuana în ultimele șase luni. La momentul prezent nu se află sub influența băuturii, deci putem elimina Abuzul de alcool însoțit de stare de ebrietate (F10.12*x*) și Dependența de alcool însoțită de stare de ebrietate (F10.22*x*).

Abuzul de alcool (F10.1*xx*) ar putea fi un diagnostic relevant în cazul lui Joaquin, însă trebuie să existe anumite consecințe negative ale uzului de alcool, cum ar fi probleme medicale sau depresie (OMS, 1993), negate de Joaquin, prin urmare, nici acest diagnostic nu se potrivește. Mai mult, dacă ar fi raportat simptome depresive, acestea ar fi trebuit să fie consecința abuzului de alcool pentru ca diagnosticul de Abuz de alcool să fie corect.

---

[7] Simbolul x al unui cod din ICD-10-CM arată că mai multe subtipuri de diagnostic sunt posibile, dar nu au fost încă determinate. (N. red.)

ACTIVITATEA 2.2:

Pe măsură ce selectați și eliminați posibile diagnostice, țineți cont de felul în care o tulburare legată de alcool se manifestă la un adolescent. Ce fel de simptome, tipare de consum și consecințe ale uzului de alcool pot să apară la un adolescent dependent de alcool, comparativ cu un adult care probabil bea de mai mult timp, are acces mai ușor la alcool și îl poate bea în mod legal?

Deși dependența de alcool este de obicei caracterizată de simptome de sevraj și toleranță, Joaquin neagă orice simptome de acest fel. Nu este un lucru neobișnuit în cazul unor minori care consumă băutură, întrucât nu au un istoric de uz de alcool suficient de îndelungat încât să ducă la dezvoltarea deplină a acestor probleme. La fel se întâmplă și în cazul problemelor medicale cauzate de uzul excesiv de alcool (de exemplu, disfuncția cognitivă, afectarea ficatului), din aceleași motive menționate mai sus. Și totuși, diagnosticul de Dependență de alcool, fără complicații (F10.20)[8] conform ICD-10-CM, necesită mai multă atenție. Simptomele Dependenței de alcool au în comun dorința intensă și nevoia de a consuma substanța respectivă, alcoolul în acest caz, astfel încât persoana alege adesea să consume alcool în loc să participe la alte activități.

Pentru a putea fi pus diagnosticul de Dependență de alcool conform ICD-10-CM, Joaquin ar fi trebuit să întrunească cel puțin trei dintre următoarele criterii de-a lungul anului trecut (Hasin, Hatzenbuehler, Keyes & Ogburn, 2006; vezi OMS, 2017):

---

[8] În ediția în limba română, tradusă după ICD-10, nu se regăsește acest cod diagnostic. (N. red.)

(a) dorință intensă de a face uz de substanță; (b) control dificil asupra consumului de substanță; (c) stare fiziologică de sevraj; (d) dovadă de toleranță; (e) neglijarea progresivă a altor activități plăcute; (f) persistența în uzul de substanță, în ciuda dovezilor clare de consecințe negative (OMS, 2017, p. 5).

Reflectând cu atenție asupra acestor criterii, observăm că, deși Joaquin nu are simptome de sevraj sau toleranță, totuși îndeplinește trei dintre criteriile specificate: simte o dorință intensă de a bea; îi este greu să refuze alcoolul și să-și gestioneze consumul de alcool, ajungând până la incapacitatea de a spune exact câtă băutură a consumat; a încetat să mai ia parte în activități care până nu demult îi făceau plăcere.

Prin urmare, Joaquin poate fi diagnosticat cu Dependență de alcool (F10.2*x*), întrucât îndeplinește pragul minim de trei criterii. Joaquin nu este abstinent, deci se elimină codul F10.21 — în remisie. La fel, întrucât nu are simptome de sevraj sau delir din cauza sevrajului, sunt eliminate și codurile F10.23*x*. Și totuși, consumul său de alcool este unul de dată recentă. Prin urmare, cel mai adecvat diagnostic conform ICD-10-CM este cel de Dependență de alcool, fără complicații.

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 2.3:

Care sunt problemele etice de care trebuie să țineți cont când lucrați cu Joaquin, adolescent hispanic, consumator de alcool, al cărui tratament a fost dispus de către instanță? Cu privire la menținerea confidențialității, care sunt implicațiile etice și legale ale faptului că este minor?

Deontologia profesiei de psiholog presupune respectarea celor cinci principii prezentate în Codul etic al APA (*Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită*), după cum urmează:

PRINCIPIUL A: PRINCIPIUL PRIMORDIALITĂȚII BINELUI ȘI EVITĂRII VĂTĂMĂRII

Când lucrați cu Joaquin nu sunteți ghidat doar de principiul de a nu-i face niciun rău, ci — și este chiar mai important — de alegerea unui program și a unor intervenții care să-l ajute, luând în calcul problemele cu care s-a prezentat, nevoile sale și aspectele culturale și de dezvoltare proprii acestui caz. În cazul unor clienți precum Joaquin, cărora instanța le-a impus tratamentul psihologic, psihologul clinician trebuie să pună în balanță responsabilitățile profesionale față de client (printre care dreptul la confidențialitate) și responsabilitățile profesionale față de curtea de judecată (și deci față de societate). Complexitatea acestei probleme depășește limitele capitolului de față (vezi APA, 2013; Greenberg & Shuman, 1997, 2007).

PRINCIPIUL B: ACURATEȚE ȘI RESPONSABILITATE

Dezvoltați și mențineți o relație profesională adecvată cu judecătorul din cazul lui Joaquin, în același timp protejându-l pe clientul dumneavoastră. În situația unor potențiale conflicte, vă veți consulta mai întâi cu colegii sau cu consilierul juridic al centrului comunitar pentru sănătate mentală. De asemenea, veți pune în balanță responsabilitățile dumneavoastră profesionale în privința lui Joaquin cu responsabilitățile pe care le aveți în relația cu instanța (vezi Greenberg & Shuman, 1997, 2007; Strasberger, Gutheil & Brodsky, 1997).

INTEGRITATE

Demonstrați integritate profesională comunicând în mod constant, onest și corect. Vă dovediți angajamentul față de client desfășurând la timp ședintele programate, răspunzând la apelurile telefonice ratate și la solicitările sale într-un cadru de timp adecvat și hotărât de comun acord. Foarte important în cazul lui Joaquin va fi să trimiteți la timp rapoartele judecătorului. Date fiind vârsta lui Joaquin și popularitatea tehnologiilor moderne, îi veți prezenta regulile dumneavoastră ferme privind contactul cu clienții pe platformele de socializare (relațiile, împrietenirea sau urmărirea în cadrul rețelelor de socializare sunt interzise), iar mesajele text vor fi folosite doar pentru a-i reaminti de următoarele ședințe.

ECHITATE

Înainte să vă dați acordul de a-l trata pe Joaquin, precum și pe durata întregului tratament, gândiți-vă bine ce sentimente și idei aveți cu privire la adolescenți, la consumatorii de alcool, la delincvenții minori și la persoanele de etnie hispanică, astfel încât să vă asigurați că nu aveți idei preconcepute despre Joaquin, care ar putea avea un impact negativ asupra tratamentului. De asemenea, reflectați asupra implicațiilor mai largi ale tratamentului, mai ales în raport cu arestul lui Joaquin și relațiile sale cu familia, astfel încât să vă asigurați că este tratat corect. Consultați-vă cu colegii și cu administratorii centrului comunitar de sănătate mentală în situația în care apar aspectele descrise mai sus.

RESPECTAREA DREPTURILOR ȘI DEMNITĂȚII PERSOANELOR

Demonstrați în mod consecvent că îl respectați pe Joaquin și că îi respectați dreptul său la confidențialitate, dreptul la viață privată și implicarea în deciziile luate cu privire la tratamentul său. Această problemă se pune cu stringență în cazul lui Joaquin, care este mai vulnerabil din cauza vârstei sale, a statutului de minoritar și a problemelor avute cu legea.

Problema confidențialității client-psihoterapeut (vezi Codul etic al APA, secțiunea 4: Dreptul la viață privată și confidențialitate) în cazul unui client minor este mai complicată. Deși practica clinică și principiile etice își păstrează relevanța, trebuie luată în considerare și legislația statului respectiv. Vârsta la care o persoană este considerată minoră, precum și tipul de informații ce pot fi protejate de confidențialitate pot să difere de la stat la stat. Majoritatea statelor îi permit părintelui să aibă acces la tratamentul copilului până ce acesta împlinește vârsta de 18 ani, însă există și excepții (unele state le dau dreptul persoanelor în vârsta de 16 ani sau peste să solicite tratament fără consimțământul părinților). Oricum, trebuie să-i explicați clar lui Joaquin aceste reguli. Îi veți explica limitele confidențialității care se aplică tuturor pacienților (vătămare de sine, neglijare sau abuz), conținutul comunicărilor solicitate de către judecător, precum și ce s-ar întâmpla dacă fișa lui de tratament ar fi solicitată de către curtea de judecată.

Întrucât Joaquin este minor, mama sa, în calitate de tutore legal, semnează formularul de consimțământ, iar Joaquin semnează formularul de accept, mod prin care îi arătați din nou că îl respectați în calitatea sa de pacient (vezi Grady și colab., 2014). Formularul de consimțământ reprezintă consimțământul legal de a primi tratament, semnat de tutorele legal în numele minorului. Prin formularul de accept, deși poate fi considerat mai mult o formalitate, i se demonstrează minorului că îi este respectată implicarea în tratament. Atât tutorele legal, cât și minorul primesc copii ale documentelor semnate, conținând informații despre drepturile și responsabilitățile lor, inclusiv dreptul la confidențialitate, taxe, dreptul de a se retrage din tratament, precum și consimțământul voluntar.

Totodată, ei semnează și formularul de autorizare de eliberare a informațiilor confidențiale, întrucât prezența la ședințele de tratament și informările cu privire la mersul tratamentului trebuie trimise judecătorului care a dispus măsura tratamentului drept condiție a arestării și trimiterii sale ulterioare la psiholog. Informațiile pe care sunteți autorizat să le eliberați sunt specifice și limitate în timp, incluzând rezultatele analizelor periodice de urină. Este important să verificați în legislația statală ce reglementări există cu privire la autorizarea de eliberare de informații. În multe jurisdicții (dar nu în toate), părintele are dreptul legal de acces la toate informațiile privind tratamentul copilului/adolescentului, inclusiv la rapoartele despre progresul tratamentului. Acest lucru ar putea să creeze o dilemă cu privire la respectarea și protejarea confidențialității clientului dumneavoastră și necesită o atentă deliberare.

Managementul riscurilor — Cum vă protejați pacientul și cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 2.4:

Cum ați descrie modul în care vă protejați în rolul dumneavoastră profesional? Ce aspecte referitoare la managementul riscurilor trebuie să aveți în vedere în lucrul cu Joaquin și în comunicarea cu judecătorul ce se ocupă de cazul său?

Deși faceți tot ce se poate pentru a-l proteja pe pacientul dumneavoastră, Joaquin, trebuie, în aceeași măsură, să fiți conștient de riscurile ce pot apărea astfel încât să vă protejați pe dumneavoastră înșivă în calitate de psiholog și, de asemenea, să protejați centrul comunitar unde lucrați. Potrivit lui Schaffer și Rodolfa (2016), căile prin care vă autoprotejați sunt: a) menținerea unei relații profesionale; b) practicarea psihologiei în conformitate cu etica profesională; c) demonstrarea competenței; d) atenția față de pericolele inerente muncii dumneavoastră.

Prin urmare, vă reînnoiți periodic licența profesională și sunteți la curent cu studiile din sfera psihologiei pe bază de dovezi. Înainte să-l acceptați pe Joaquin ca pacient, gândiți-vă bine dacă aveți competența necesară pentru a trata: a) un adolescent b) cu un diagnostic legat de uzul de alcool; c) de origine hispanică. De asemenea, aveți grijă să îi explicați lui Joaquin în ce fel pregătirea și experiența dumneavoastră vă califică să vă ocupați de tratamentul lui.

Întrucât Joaquin este hispanic, îl întrebați în ce limbă preferă să vorbească și evaluați fluența exprimării în limba respectivă. În timpul tratamentului îl întrebați despre familia sa și modul în care cultura îi influențează relațiile și ideile despre consumul de alcool. O întrebați pe mama lui Joaquin despre fluența și ușurința cu care folosește limba engleză, asigurându-vă astfel că își cunoaște drepturile și responsabilitățile, că înțelege limitele confidențialității (mai ales cu privire la rapoartele ce vor fi trimise instanței) și că își dă consimțământul informat.

După cum am mai spus, vă consultați cu consilierul juridic al centrului comunitar, dar mai ales sunteți bine informat cu privire la legislația și regulamentele privind profesia dumneavoastră, participând de asemenea la programe de educație continuă pentru a vă menține la curent cu legile și regulile corespunzătoare. Importanța acestui lucru se observă clar din implicațiile legale ale cazului lui Joaquin.

În fine, respectați regulamentul HIPPAA[9], care stipulează că aveți dreptul să dețineți o copie a dosarului cazului și că puteți să efectuați corecturi, cu obligația ca informațiile cu caracter personal despre sănătatea lui Joaquin să fie protejate atunci când sunt trimise în format electronic sau sunt menționate în dosar. Joaquin și mama sa trebuie să primească și ei o copie a regulamentului HIPPAA, după cum cere legea.

Concluzii

După ce ați finalizat interviul și evaluarea și ați identificat diagnosticul adecvat, este momentul să decideți cum să procedați în privința tratamentului oferit lui Joaquin, ținând cont de vârsta sa, de etapa de dezvoltare în care se află, de problema cu care s-a prezentat, de dimensiunea juridică a cazului, programele disponibile, precum și de durata, intensitatea și potențialele beneficii ale acestor tratamente. Nu uitați că Joaquin nu este interesat să-și limiteze consumul de alcool.

ACTIVITATEA 2.5:

În acest moment, singura motivație a lui Joaquin de a urma tratamentul este aceea de a evita detenția juvenilă și nu consideră că e nevoie să-și reducă consumul de alcool. Care credeți că ar fi un program ideal de tratament pentru Joaquin? Ce componente ar fi atractive pentru el? Cum îl puteți motiva să facă niște schimbări?

---

[9] Health Insurance Portability and Accountability Act (Legea Adaptabilității și Responsabilității Asigurărilor Sociale). (N.t.)

Ați decis că Joaquin este un candidat potrivit pentru un program scurt de tratament pentru adolescenții cu probleme de consum de alcool și alte droguri, program derulat la centrul comunitar. În plus, sunteți de părere că acest program îl va ajuta pe Joaquin să treacă de la motivația extrinsecă, și anume decizia instanței judecătorești, la motivația intrinsecă, găsindu-și motivele sale personale pentru reducerea consumului de alcool.

Urmând formatul programului de Schimbare Ghidată a Sinelui (Sobell & Sobell, 1998), cele cinci ședințe incluse în program sintetizează intervențiile motivaționale și cognitiv-comportamentale (Miller & Rollnick, 2013) pentru tratarea abuzului de substanțe. Această abordare este deosebit de potrivită pentru nevoile de dezvoltare ale adolescenților. Componentele motivaționale ale programului, cum ar fi explorarea ambivalenței cu privire la uzul de substanțe și stabilirea unor țeluri personale de reducere sau abstinență de la uzul de substanțe, se potrivesc, din perspectiva psihologiei dezvoltării, cu nevoia adolescentului de a avea mai mult control asupra alegerilor pe care le face cu privire la propriul său comportament. Mai mult, se știe că o strategie bună de întărire a motivației de a face alegeri în privința consumului de alcool este aceea de a lăsa clientul să aleagă obiectivele tratamentului (Sobell & Sobell, 1995). Intervențiile motivaționale își dovedesc eficiența mai ales în tratarea persoanelor ce se află în stadiile timpurii ale disponibilității la schimbare (cei care nu cred despre ei înșiși că au o problemă cu uzul de substanțe; Heather, Rollnick, Bell & Richmond, 1996; Waldron, Miller & Tonigan, 2001).

Primele ședințe sunt dedicate explorării motivelor pentru consumul de substanțe, a motivelor de reducere sau încetare a consumului, precum și creșterea nivelul de conștientizare cu privire la factorii situaționali, cognitivi și afectivi legați de consumul de substanțe. Următoarele ședințe se concentrează asupra tehnicilor de management al stresului (cum să faci față stresului fără a apela la alcool), dezvoltării abilităților de comunicare (cum să le spui prietenilor că alegi să nu bei sau să bei mai puțin), precum și identificării situațiilor de risc și pregătirii corespunzătoare. Este esențial ca pacientul să fie ajutat să-și dezvolte abilități de coping pentru a introduce și menține schimbările. Astfel, este deosebit de util ca pacientul să învețe cum să creeze planuri detaliate pentru gestionarea situațiilor de mare risc (de exemplu, când se întâlnește cu prieteni care vor să bea) și să înlocuiască metodele actuale cu comportamente alternative, care nu presupun consumul de alcool.

Tot în prima ședință se trece la identificarea unor obiective săptămânale în direcția reducerii consumului sau chiar a abstinenței, iar această identificare va continua pe toată durata programului. Este important să fie găsite obiective pe termen mai lung atât în privința reducerii consumului de alcool, cât și pentru alte aspecte ale vieții pacientului. Evidențierea legăturii dintre uzul de substanțe și planurile de viață poate contribui la sporirea motivației de schimbare, prin explorarea de către pacient a modului în care tiparele sale continue de consum pot interfera cu realizări din diverse domenii ale vieții sale. Este probabil ca aceasta să fie prima dată când pacientul își definește niște planuri de viață pentru el însuși, lucru care poate în sine să ducă la întărirea motivației pentru schimbare.

Întrucât observați că familia lui Joaquin joacă un rol important în problema sa cu băutura — Joaquin bea adesea cu fratele și tatăl său și tot din cauza băuturii are multe certuri cu mama sa — hotărâți că este important să implicați familia, mai ales pe tatăl lui Joaquin — în psihoeducația cu privire la consumul de droguri și alcool.

Conform bazei motivaționale a programului, lucrați cu Joaquin într-o manieră colaborativă. Folosind întrebări deschise, explorați motivele pentru schimbare (sau lipsa motivelor), modalități de a promova schimbarea și de a menține schimbările făcute până acum. Prevenirea recăderilor (Marlatt & George, 1984) va fi, de asemenea, abordată prin educația cu privire la gândurile, sentimentele și comportamentele care riscă să apară dacă pacientul revine la vechile tipare de consum după efectuarea unor schimbări. Un element important al prevenirii recăderilor constă în identificarea persoanelor care îl pot ajuta pe pacient să facă schimbări și să le mențină. În fine, va fi important să vă faceți un plan pentru cum veți evalua schimbările făcute în contextul obiectivelor stabilite.

Referințe bibliografice

Acosta, S.L., Hospital, M.M., Graziano, J.N., Morris, S., & Wagner, E.F. (2015). Pathways to drinking among Hispanic/Latino adolescents: Perceived discrimination, ethnic identity, and peer affiliations. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 14*, 270–286. http://dx.doi.org/10.1080/15332640.2014.993787

American Psychological Association. (2013). *Specialty guidelines for forensic psychology*. Accesat la: http://www.apa.org/practice/guidelines/forensic-psychology.aspx

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, Actualizat pe 1 iunie 2010 și 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

American Society of Addiction Medicine. (2013, October 26). *Drug testing: A white paper of the American Society of Addiction Medicine*. Chevy Chase, MD: Author.

Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2016). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 16-4984, NSDUH Series H-51). Accesat la: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015.pdf

Grady, C., Wiener, L., Abdoler, E., Trauernicht, E., Zadeh, S., Diekema, D. S., Wendler, D. (2014). Assent in research: The voices of adolescents. *Journal of Adolescent Health, 54*, 515–520. http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.02.005

Greenberg, S.A., & Shuman, D.W. (1997). Irreconcilable conflict between therapeutic and forensic roles. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*, 50–57. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.28.1.50

Greenberg, S.A., & Shuman, D.W. (2007). When worlds collide: Therapeutic and forensic roles. *Professional Psychology, Research and Practice, 38*, 129–132. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.129

Haberstick, B.C., Young, S.E., Zeiger, J.S., Lessem, J.M., Hewitt, J.K., & Hopfer, C.J. (2014). Prevalence and correlates of alcohol and cannabis use disorders in the United States: Results from the national longitudinal study of adolescent health. *Drug and Alcohol Dependence, 136*, 158–161.

Hasin, D., Hatzenbuehler, M.L., Keyes, K., & Ogburn, E. (2006). Substance use disorders: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition* (DSM–IV) and *International Classification of Diseases, tenth edition* (ICD–10). *Addiction, 101*, 59–75. http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01584.x

Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review, 15*, 29–38. http://dx.doi.org/10.1080/09595239600185641

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., & Schulenberg, J.E. (2011). *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975–2010: Vol. I. Secondary school students*. Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan.

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Miech, R.A., Bachman, J.G., & Schulenberg, J.E. (2014). *Monitoring the future national survey results on drug use: 1975–2013: Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan.*

Marlatt, G.A., & George, W.H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction, 79*, 261–273. http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb03867.x

Miller, W.R., & Rollnick, S. (coord.). (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Monti, P.M., Barnett, N.P., O'Leary, T.A., & Colby, S.M. (2001). Motivational enhancement for alcohol-involved adolescents. *Adolescents, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions* (pp. 145–182). New York, NY: Guilford Press.

Morris, S.L., & Wagner, E.F. (2007). *Adolescent substance use: Developmental considerations, Florida Certification Board/Southern coast* (ATTC Monograph Series 1). Accesat la: http://

www.academia.edu/22044953/Adolescent_Substance_Use_Developmental_Considerations

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (ianuarie 2017). *Alcohol facts and statistics*. Accesat la: https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AlcoholFacts&Stats/AlcoholFacts&Stats.pdf

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. În W.R. Miller & N. Heather (coord.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (Vol. 13, pp. 3–27). http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1

Salas-Wright, C.P., Hernandez, L., Maynard, B.R., Saltzman, L.Y., & Vaughn, M.G. (2014). Alcohol use among Hispanic early adolescents in the United States: An examination of behavioral risk and protective profiles. *Substance Use & Misuse, 49*, 864–877. http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2014.880725

Schaffer, J., & Rodolfa, E. (2016). *A student's guide to assessment and diagnosis using the ICD–10–CM: Psychological and behavioral conditions*. http://dx.doi.org/10.1037/14778-000

Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (1995). *Alcohol Timeline FollowBack* [computer software]. Toronto, Ontario, Canada: Addiction Research Foundation.

Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (1996). *Timeline FollowBack users' manual for alcohol use*. Toronto, Ontario, Canada: Addiction Research Foundation.

Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1998). Guided self-change treatment. În W.R. Miller & N. Heather (coord.), *Treating addictive behaviors: Process of change* (2nd ed., pp. 189–202). New York, NY: Plenum.

Strasberger, L., Gutheil, T., & Brodsky, A. (1997). On wearing two hats: Role conflict in serving as both psychotherapist and expert witness. *American Journal of Psychiatry, 154*, 448–456.

Tyburski, E.M., Sokolowski, A., Samochowiec, J., & Samochowiec, A. (2014). New diagnostic criteria for alcohol use disorders and novel treatment approaches — 2014 update. *Archives of Medical Science, 10*, 1191–1197. http://dx.doi.org/10.5114/aoms.2014.47829

F20.0 Schizofrenie paranoidă

Katherine Elliott și Nicola Wright

Schizofrenia reprezintă o familie de diagnostice caracterizate în general de simptome pozitive (prezența comportamentelor tipice, printre care ideile delirante, halucinațiile, tulburările de percepție și/sau comportamentele bizare) și simptome negative (absența comportamentului normal, cum ar fi retragerea socială, sărăcia discursului [alogie], afect aplatizat, lipsa motivației și a inițiativei și/sau anhedonie). Schizofrenia este o tulburare mentală complexă, cu o prevalență globală de aproximativ 0,5%; aceste date epidemiologice sunt totuși considerate controversate din cauza abordărilor diferite ale evaluării (de exemplu, criteriile privind durata diferă de la o metodă de evaluare la alta și au variat de-a lungul timpului), precum și din cauza diferențelor de metodologie a evaluării. Încă nu avem o definiție cu adevărat validă a schizofreniei (Castle și Morgan, 2008). Dat fiind că diagnosticul de „schizofrenie" nu are mare valoare predictivă cu privire la rezultatul tratamentului (vezi Mortimer, 2007), este probabil ca felul în care specialiștii din sănătate mentală privesc experiența pe viu a psihozei să continue să evolueze. Psihologii joacă un rol din ce în ce mai important în evaluarea și tratamentul persoanelor ce au experiența vie a psihozei (conform Asociației Psihiatrilor Americani, 2004; National Institute for Clinical Excellence, 2014).

Cazul

Sunteți un psiholog ce lucrează în programul dedicat schizofreniei la spitalul local și sunteți contactat în legătură cu următorul caz: Kaya, o tânără provenită din părinți de rase diferite, în vârstă de 23 de ani, a urmat timp de doi ani facultatea de biologie, însă a început treptat să fie mai retrasă și să evite contactul social. Un raport al medicului de familie menționează că tânăra a fost victima unei agresiuni în perioada ce a precedat retragerii ei sociale. Conform aceluiași raport, Kaya a început să facă „uz de droguri" alături de un cerc restrâns de prieteni cam în jurul aceleiași date. Kaya a început să ia note din ce în ce mai mici, până când a ajuns să-și abandoneze studiile, mutându-se înapoi acasă pentru a locui la subsolul casei părinților ei. Potrivit medicului de familie, Kaya a continuat să se izoleze, chiar și de propria familie. Părinții au avut inițiativa acestei evaluări, întrucât sunt foarte îngrijorați de starea fiicei lor.

V-ați întâlnit cu Kaya de câteva ori, fără ca ea să dorească să vorbească cu dumneavoastră. Cu timpul, însă, convingând-o prin empatia dumneavoastră și prin demonstrarea dorinței sincere de a o înțelege, Kaya a început să vă împărtășească unele detalii despre experiențele prin care a trecut. Discursul său era organizat, însă cu o tentă paranoidă de suspiciozitate. Pe tot parcursul ședințelor, Kaya avea obiceiul să privească fie în jos, fie la perete. Uneori părea distrată și trebuia să repetați ce ați spus și să încercați să-i atrageți atenția din nou. Odată, Kaya a insistat să mergeți în alt birou, fiind convinsă că în biroul în care vă aflați existau microfoane pentru înregistrarea conversațiilor. Uneori părea foarte afectată, indicând că nu avea încredere în dumneavoastră, și era neliniștită în privința modului în care informațiile pe care vi le împărtășise vor fi folosite. Ați remarcat că părea foarte obosită, iar Kaya v-a mărturisit că i-a fost greu să se scoale din pat. Un aspect de care trebuie să țineți cont aici este dacă o parte din spusele Kayei sau întregul ei discurs nu include elemente de adevăr. De exemplu, este posibil să existe camere de luat vederi în biroul dumneavoastră în scop de pregătire profesională. Nu trebuie să presupuneți automat că tot ce vă spune o persoană „ține de delir". Căutați să coroborați informațiile ori de câte ori e posibil și să ascultați cu atenție ce vă spune persoana respectivă și pe ce se bazează.

În urma anamnezei, ați aflat că are o soră mai mică, în vârstă de 16 ani, părinții ei fiind căsătoriți de 25 de ani. Amândoi părinții au cariere profesionale; tatăl său, de origine africană, este profesor de biologie la liceu, iar mama sa, care este de rasă caucaziană și născută în Canada, lucrează pentru guvern. Sora Kayei merge la liceu. Kaya v-a spus de mai multe ori că părinții ei o cred „nebună" și o „obligă" să vorbească cu „doctorii". Kaya a afirmat în mod repetat că părinții ei nu o înțeleg și nu o cred. Când ați întrebat-o de ce poartă ochelari de soare în timpul interviului, Kaya a declarat că o doare în piept atunci când oamenii se uită la ea, ceea ce reprezintă un semnal că încearcă să-i facă rău, iar atunci când poartă ochelari de soare, se simte protejată. Tânăra nu consideră că ideile sau comportamentele ei sunt problematice.

I-ați solicitat consimțământul Kayei pentru a vorbi cu părinții ei, însă vi l-a dat cu mare greutate și doar după ce i-ați spus că și-l poate retrage oricând și că i se va aduce la cunoștință orice informație dezvăluită de părinți. Date fiind ezitările sale, ați întrebat-o dacă vrea să participe la discuția cu părinții ei. Kaya a părut mult mai liniștită atunci când i-ați oferit această opțiune.

Mama sa v-a declarat că a fost uneori nevoită să-și ia liber de la serviciu fiindcă îi era teamă să o lase pe Kaya singură acasă. Conform spuselor sale, a încercat de multe ori, alături de alți membri ai familiei, să o convingă pe Kaya că ideile sale nu au o bază reală, ceea ce a dus la înrăutățirea situației. Conform mamei sale, Kaya și-a acuzat de mai multe ori părinții de „complicitate" și a amenințat că pleacă de acasă. Mama spune că e și mai îngrijorată de când Kaya și-a acoperit toate ferestrele din cameră cu prosoape și își ține ușa încuiată ca să se asigure că „nu intră nimeni". Mama este îngrijorată cu privire la fiica sa și nu știe ce să mai facă.

Tatăl Kayei a părut mai stoic, declarând că, deși este și el îngrijorat de starea fiicei sale, soția sa probabil reacționează exagerat. Este de părere că, dacă reușesc să o convingă pe Kaya să se întoarcă la cursuri sau măcar să-și ia o slujbă, nu va mai fi atât de izolată. A părut, de asemenea, sceptic cu privire la abordarea occidentală a problemelor psihologice. Și-a exprimat îngrijorarea cu privire la posibilele consecințe ale evaluării și diagnosticării Kayei cu o tulburare mentală. Aceste diferențe de perspectivă erau în mod evident sursa unor tensiuni dintre el și soția sa.

Vă simțiți foarte presat de dorința familiei de a afla ce anume se întâmplă, dar sunteți și îngrijorat de cum vor răspunde membrii familiei la diagnosticul Kayei, dat fiind modul diferit în care fiecare dintre aceștia privește problema. Cel mai mult vă îngrijorează, însă, cum va reacționa Kaya, dată fiind convingerea ei fermă că ideile ei sunt corecte.

Evaluarea conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 3.1:

Ce probleme speciale întâmpinați în privința diagnosticării Kayei? Credeți că familia Kayei are vreo legătură cu simptomele manifestate de Kaya, iar dacă da, în ce fel?

Pacienta nu este deschisă la ideea de a vorbi cu un „doctor" și insistă că oamenii nu o cred sau nu o înțeleg. Membrii familiei au sentimente de teamă și frustrare cu privire la ceea ce se întâmplă și la ce ar trebui făcut, lucru care duce la tensiuni și certuri. Cum ați proceda pentru a efectua o evaluare eficientă în această situație?

Va trebui să obțineți un istoric detaliat, în mod ideal chiar de la Kaya, așa cum ați proceda pentru orice altă evaluare psihologică (vezi Schaffer & Rodolfa, 2016), precum și descrieri detaliate ale comportamentelor observate ale Kayei (vorbire dezorganizată, halucinații etc.). Dată fiind menționarea, în cadrul raportului medical, a unui act de violență prin care a trecut Kaya, va fi foarte important să explorați orice istoric de experiențe de tiranizare sau alte traume, întrucât experiențele de acest fel sunt puternic asociate cu dezvoltarea unei psihoze (vezi Bentall și colab., 2014). Atunci când evaluați și tratați persoane cu psihoze, este esențial să aveți o abordare de tip psihotraumatologic.

Dat fiind uzul de substanțe, va fi important să aflați mai multe detalii despre ce tip de droguri a folosit Kaya, cât de des și cât de mult, motivele consumului de droguri, dacă mai ia droguri și în momentul prezent, precum și un istoric al consumului de droguri în raport cu debutul simptomelor, întrucât consumul în special de cannabis, cocaină, amfetamine și substanțe halucinogene poate să declanșeze psihoza la persoane cu o vulnerabilitate la psihoze (Gururajan, Manning, Klug & van den Buuse, 2012).

Realizarea unui interviu clinic este puternic recomandată pentru evaluare în caz de psihoză (Rudnick & Roe, 2008) întrucât vă oferă cea mai multă flexibilitate în explorarea simptomelor, precum și ocazia de a observa pacientul.

Relaționând cu Kaya pe bază de empatie, căldură, autenticitate, deschidere și curiozitate, vă va fi mai ușor să o angrenați în discuție și să efectuați evaluarea. Fiindcă a fost privită deseori cu neîncredere, pacienta poate să aibă dubii că dumneavoastră o credeți. Un răspuns care arată că vă pasă cu adevărat de ea și că vă interesează în mod autentic experiențele prin care a trecut și modul în care le înțelege vă poate ajuta să relaționați mai ușor. Este posibil, totuși, să vă temeți de „coluziunea" cu pacientul dacă nu-i infirmați convingerile neconforme cu realitatea. Din experiența noastră, explorarea conținutului și temelor halucinațiilor și ideilor delirante se leagă de multe ori de trecutul pacientului și vă oferă informații prețioase despre emoțiile subiacente. Dat fiind că ideile delirante și halucinațiile se definesc cultural, va trebui, la fel ca în orice evaluare complexă, să folosiți o abordare ce ține cont de contextul cultural și să evaluați conținutul delirurilor și halucinațiilor atât în raport cu sistemul de credințe al pacientului, cât și în raport cu influențele și contextul religios și cultural.

Diagnosticul conform ICD-10-CM

Diagnosticele care implică simptome psihotice sunt dificil de stabilit, întrucât prezența elementelor psihotice nu indică neapărat existența schizofreniei. De exemplu, psihoza poate fi o componentă a unei tulburări afective, rezultatul unei condiții medicale sau al uzului de anumite droguri (cannabis, cocaină, amfetamine etc.; cf. Gururajan și colab., 2012). Alte posibile diagnostice trebuie excluse înainte de a stabili diagnosticul de schizofrenie. De exemplu, poate fi vorba de un episod maniacal sever cu simptome psihotice (F30.2); tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacal cu simptome psihotice (F31.2); tulburare afectivă bipolară cu episod actual depresiv sever cu simptome psihotice (F31.5); episod depresiv sever, episod unic, cu simptome psihotice (F32.3); sau tulburare depresivă recurentă cu episod actual sever, cu simptome psihotice (F33.3). Esențial este că definitorie pentru diagnostic nu este severitatea simptomelor psihotice sau afective, ci întinderea în timp a simptomelor (Rudnick și Roe, 2008). Dacă simptomele psihotice apar doar în timpul unui episod maniacal sau depresiv (și sunt absente în lipsa unei tulburări de dispoziție sau afective), persoana este diagnosticată cu tulburarea afectivă respectivă cu simptome psihotice.

Tulburarea schizoafectivă este puțin mai complicată. Pentru a fi diagnosticată cu tulburare schizoafectivă (fie de tip bipolar, F25.0, fie de tip depresiv, F25.1), persoana trebuie să aibă simptomele afective specifice, precum și cel puțin unul sau mai multe simptome de schizofrenie în cadrul aceluiași episod al bolii. Ceea ce diferențiază această tulburare de o tulburare de dispoziție sau afectivă cu simptome psihotice este existența unei perioade de timp în care simptomele tulburării afective sunt absente (de exemplu, persoana tocmai a ieșit dintr-un episod depresiv sau maniacal asociat), însă simptomele schizofreniei sunt în continuare prezente. Din păcate, singurul mod de a diferenția tulburarea schizoafectivă de o tulburare de dispoziție cu simptome psihotice ține de observarea de-a lungul timpului a prezenței și absenței simptomelor.

În ICD-10-CM există mențiunea de excludere 1 (tulburarea exclusă nu poate apărea concomitent cu tulburarea specificată) pentru starea paranoidă involutivă (F22.8) și paranoia (F22.0), care sunt considerate tulburări delirante (F22). Ca și în cazul tulburărilor de dispoziție și al tulburării schizoafective, diagnosticul diferențial poate fi complicat și necesită un interviu clinic minuțios. Conform *Cărții Albastre*[10] (Organizația Mondială a Sănătății, 1993), o tulburare delirantă se diagnostichează atunci când o persoană are una sau mai multe idei delirante (sisteme de convingeri) care sunt de multe ori persecutorii, hipocondriace sau de grandoare. O complicație în plus este faptul că uneori pot să apară simptome depresive (episodul depresiv nefiind un criteriu de excludere pentru diagnosticul de tulburare delirantă). Diferența fundamentală față de schizofrenia paranoidă este faptul că alte simptome tipice ale schizofreniei (halucinații auditive clare și persistente, deliruri de control, transmiterea gândurilor etc.) sunt absente. În plus, delirurile trebuie să fie prezente timp de cel puțin 3 luni (însă doar o lună în cazul diagnosticului de schizofrenie).

ACTIVITATEA 3.2:

Care dintre informațiile pe care le deținem deja vor trebui luate în calcul în diagnosticul diferențial? Ce alte informații suplimentare sunt necesare? Cum ați formula întrebările pentru Kaya și pentru fiecare membru al familiei sale pentru a obține aceste informații?

---

[10] ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice — vezi Introducerea. (N.t.)

Vă aduceți aminte că a fost nevoie de mai multe etape în interviul clinic al Kayei, uneori pentru că tânăra era într-o stare evidentă de distres, iar alteori pentru că era extrem de obosită. În plus, Kaya a avut la un moment dat convingerea că sala în care se desfășura interviul era plină de microfoane secrete, ceea ce poate afecta calitatea informațiilor obținute în cadrul ședinței de evaluare. Avem nevoie de precizări mai clare în legătură cu comportamentul Kayei. De exemplu, de ce credeți că tânăra era „într-o stare evidentă de distres"? E vorba de agitație (un potențial simptom al tulburării de dispoziție) sau de teamă (care s-ar potrivi cu nota de paranoia menționată anterior și, deci, un posibil simptom de schizofrenie paranoidă)? De asemenea, avem nevoie și de alte informații de la Kaya, cum ar fi: oboseala și neplăcerile adiacente oboselii se datorau unei dispoziții depresive sau lipsei de somn apărute din cauza temerilor că ar putea fi atacată (sau dintr-un alt motiv la care nu ne-am gândit)? Este important să nu presupuneți niciodată că înțelegeți experiența unei alte persoane; întotdeauna trebuie să întrebați. O modalitate excelentă de a explora observațiile pe care le-ați făcut despre Kaya ar fi să-i puneți întrebări detaliate despre motivul pentru care era obosită și motivul pentru care își acoperea toate ferestrele și își închidea ușa camerei. Nu faceți direct presupunerea că e vorba de un simptom de schizofrenie paranoidă. Răspunsurile date de Kaya vă vor oferi informații importante pentru procesul de diagnosticare. De exemplu, convingerea ei că sala de interviu este plină de microfoane secrete, precum și insistența ei de a schimba încăperea reprezintă informații care sugerează un delir de persecuție (simptom al schizofreniei paranoide [F20.0]).

De asemenea, aveți nevoie de informații suplimentare pentru a înțelege de ce Kaya pare uneori neatentă (când se uită prin sală sau nu aude ce o întrebați). Halucinațiile auditive reprezintă un simptom-cheie al schizofreniei paranoide. Pacienții care aud voci sunt distrași de acestea și nu sunt dornici să vă împărtășească această informație (poate pentru că le este teamă de reacția dumneavoastră sau poate pentru că vocile le spun ceva despre dumneavoastră). Pentru a purta această conversație cu un pacient este nevoie de o alianță terapeutică puternică, marcată de blândețe și sensibilitate.

Un alt subiect despre care aveți nevoie de mai multe informații se referă la consumul de droguri. Nu este clar din informațiile pe care le aveți deja, dacă uzul de droguri a precedat simptomele sau dacă a reprezentat o încercare de a se descurca cu emoțiile dificile, de a-și gestiona simptomele sau un alt motiv. Kaya mai ia droguri și în acest moment? Dacă da, care? În ce cantitate? Cât de des? Trebuie să putem exclude efectele uzului actual de droguri înainte să ne pronunțăm asupra diagnosticului de schizofrenie paranoidă (F20.0).

În fine, este acesta primul episod simptomatic al Kayei? Simptomele au fost prezente în mod constant timp de cel puțin o lună (o lună fiind perioada minimă de prezență a simptomelor pentru a se putea da un diagnostic de schizofrenie paranoidă [F20.0] conform ICD-10-CM)? Dacă acesta este primul ei episod psihotic, diagnosticul diferențial va fi mai complicat. Dacă încă nu este clară legătura dintre simptomele afective și cele psihotice, va trebui să vedeți dacă puteți exclude o tulburare schizoafectivă sau o tulburare de dispoziție cu simptome psihotice. Aici vă ajută foarte mult informațiile din partea familiei (precum și orice alte momente notate în fișa medicală a Kayei) pentru a construi o cronologie corectă a simptomelor, precum și prezența și absența simptomelor pe care o persoană nu le remarcă despre sine însăși cu ușurință (de exemplu, dacă pacienta ar fi avut un episod de manie, această schimbare de dispoziție ar fi fost observată mai ușor de către cei din jurul ei decât de către Kaya însăși).

În fine, ar fi util să investigați și o posibilă tulburare de personalitate. O persoană cu tulburare de personalitate schizotipală (F21) poate avea idei paranoide sau suspiciozitate, ruminații obsesive, experiențe perceptive stranii și episoade cvasi-psihotice ocazionale și trecătoare, cu iluzii intense, halucinații auditive sau de alt tip, precum și idei de tip delirant, deși de obicei ca urmare a unei provocări din mediul exterior. Se pare că pacienta a trăit unul sau mai multe evenimente de acest tip (agresiune fizică, uz de droguri) înainte de debutul simptomelor, lucru pe care trebuie să-l clarificați.

În ICD-10-CM, tulburarea de personalitate schizotipală este o tulburare de tip „Excludere 2", ceea ce înseamnă că poate exista concomitent cu un diagnostic de schizofrenie. În mod obișnuit, tulburarea schizotipală este considerată o tulburare de personalitate în care simptomele nu întrunesc criteriile minime pentru o tulburare psihotică (fie nu există destule simptome, fie durata/frecvența simptomelor nu se potrivește cu criteriile cerute pentru pronunțarea unui diagnostic). Această tulburare poate evolua în schizofrenie, iar pacienții care manifestă simptome reziduale de schizofrenie pot să pară că au tulburare schizotipală. Dacă un episod de schizofrenie apare primul, în mod normal nu se dă un diagnostic de tulburare schizotipală (Kleiger și Khadivi, 2015). Întrebarea este dacă tulburarea de personalitate era premorbidă (adică, exista înaintea) debutului de schizofrenie. La fel se întâmplă și în cazul tulburării de personalitate paranoidă (F60.0) și a tulburării de personalitate schizoidă (F60.1). Dacă există dovezi de premorbiditate a unei tulburări de personalitate, atunci atât tulburarea de personalitate, cât și schizofrenia pot să existe concomitent (după cum se reflectă în mențiunea „Excludere 2" din ICD-10-CM pentru fiecare dintre aceste tulburări). Cu toate acestea, nu trebuie să confundăm simptomele reziduale ale unui episod de schizofrenie cu o tulburare de personalitate, și nici o tulburare de personalitate premorbidă cu schizofrenia. O anamneză detaliată și o cronologie a simptomelor vă pot ajuta să parcurgeți etapa diagnosticului diferențial. În cazul Kayei, simptomele ei s-au înrăutățit de cel puțin 2 ani (posibil mai mulți), are deliruri evidente de persecuție și paranoia (pe baza observațiilor dumneavoastră, coroborate cu informații din partea familiei), retragere și declin în funcționare (care ar putea reprezenta simptomele negative ale schizofreniei), precum și posibile halucinații auditive sau vizuale (ar fi bine să verificați în momentul în care pacienta pare neatentă în timpul interviului). Prin urmare, diagnosticul de lucru este cel de schizofrenie paranoidă (F20.0).

Considerații etice — Cum vă protejați pacientul

Chestiunerea trimiterii la un alt specialist presupune unele clarificări în privința unor diagnostice diferențiale. Care sunt problemele etice de care trebuie să țineți cont când vă raportați la problema trimiterii? Primul pas ar fi stabilirea competenței (Codul de etică al Asociației Psihologilor Canadieni [CPA; 2017], Standardele II.6, 9; *Principiile etice și codul de conduită* [APA Ethics Code] al Asociației Psihologilor Americani, Standardele 2.01, Limitele competenței). Deși nu există nicio cerință specială de a avea pregătire în problematica psihozei pentru a putea trata pe cineva cu schizofrenie (în afară de competența în domeniul sănătății mentale, precum și în categoria de vârstă cu care intenționați să lucrați), credeți că ar fi etic să tratați pe cineva cu această tulburare fără a avea pregătire anterioară sau supervizare? Sunteți conștient de potențialul de a face rău dacă lucrați fără supervizare extinsă? (Vezi, de asemenea, capitolele 5 și 8 din acest volum.) Al doilea pas constă în obținerea și consemnarea consimțământului informat acordat de Kaya cu privire la efectuarea evaluării (Codul de etică al CPA, Standardele I.16-2.6; Codul de etică al APA, Standardele 3.10, Consimțământul informat, și 9.03, Consimțământul informat pentru evaluări). În condițiile în care Kaya se teme că unii oameni „vor să-i facă rău", probabil că va dori să stie ce se va întâmpla în timpul interacțiunilor ei cu diverși specialiști în sănătatea mentală. Este important să fiți bine pregătit și să-i explicați de o manieră clară și ușor de înțeles care este scopul evaluării, cum vor fi folosite și păstrate informațiile, cine va avea acces la aceste informații și cu ce scop (acestea sunt aspecte importante ale consimțământului informat solicitat oricărui pacient).

Kaya va fi probabil neliniștită în legătură cu implicarea părinților ei (posibil din cauza gândirii ei paranoide sau din cauza unor motive pe care nu le știm). Este important să nu porniți de la presupunerea că tot ceea ce spune sau face o persoană care trece printr-un episod psihotic este neapărat distorsionat sau provocat de simptomatologia specifică. Această situație vă poate pune într-o poziție incomodă, mai ales în cazuri precum cel de față, în care se pare că părinții sunt îngrijorați și vor să fie de ajutor. La modul ideal, ar fi bine dacă pacienta și-ar dori implicarea părinților, întrucât familia joacă un rol important în aderența la tratament și în rezultatul tratamentului persoanelor cu schizofrenie (vezi Glick, Stekoll & Hays, 2011; vezi și capitolul 5 din acest volum).

ACTIVITATEA 3.3:

Ce ați face dacă ați primi un telefon din partea unui membru al familiei care se interesează de simptomele Kayei sau de progresele făcute în cadrul tratamentului? Ce impact credeți că ar avea asupra evaluării prezente sau viitoare sau asupra mersului tratamentului faptul de a vorbi cu părinții Kayei fără consimțământul ei? Ce ați face dacă pacienta v-ar spune că aude voci care îi spun să facă rău unei rude sau unei alte persoane?

În primul rând, haideți să privim această chestiune din perspectiva codurilor etice ale psihologilor. Kaya are 23 de ani și nu a fost declarată incompetentă de către vreo instanță judecătorească; prin urmare, este un adult competent din punct de vedere legal, capabil să ofere un consimțământ informat. După cum se specifică în Codul de etică al CPA, Standardul I.45, și în Codul de etică al APA, Standardul 4.05, Dezvăluiri, aveți voie să dezvăluiți informații confidențiale doar cu consimțământul informat al pacientului (Kaya, în cazul de față), cu excepțiile prevăzute de lege sau din cauza suspiciunii cu privire la intenția de vătămare gravă a unei alte persoane sau de autovătămare. Până acum, Kaya nu a indicat că ar avea vreo intenție să-și facă rău sau să facă rău unei alte persoane și nu există motive legale pentru a dezvălui informații confidențiale fără consimțământul Kayei (de exemplu, fără ca fișa ei medicală să fie solicitată de instanțele judecătorești). Prin urmare, chiar dacă membrii familiei sale sunt bine intenționați când solicită mai multe informații (și chiar dacă și dumneavoastră personal vi s-ar părea util ca ei să știe), dacă pacienta nu își dă consimțământul informat că puteți dezvălui imformații obținute în urma evaluării, nu aveți voie să faceți acest lucru. De fapt, dacă un membru al familiei pacientei vă sună pur și simplu să vă întrebe dacă dumneavoastră sunteți psihologul Kayei, sunteți obligat să spuneți că nu sunteți în măsură să oferiți o astfel de informație.

Să ne imaginăm pentru moment că ar exista riscul de autovătămare sau vătămare a unei alte persoane, din cauza unor halucinații auditive (voci care dau comenzi) sau din alt motiv. Care este responsabilitatea dumneavoastră etică și legală? După cum arată Schaffer și Rodolfa (2016), Curtea Supremă a statului California a hotărât în cazul *Tarasoff* din 1976 că profesioniștii din domeniul sănătății mentale au datoria de a avertiza potențiala victimă, deși decizia Curții Supreme din statul Minnesota din 2015 stipulează că oferirea de informații — în acest caz, mărturia la tribunal — în plus față de avertizarea potențialei victime nu se susține potrivit legii (*State of Minnesota vs. Jerry Expose Jr.*, 2015). Prin urmare, aveți obligația să informați potențiala victimă de existența unei reale amenințări legitime, însă nu trebuie să dezvăluiți informații suplimentare nimănui, nici măcar familiei.

În al treilea rând, să privim situația din perspectiva alianței terapeutice. Dacă ar fi să decideți că puteți justifica din punct de vedere etic informarea părinților Kayei cu privire la evaluarea psihologică fără a avea consimțământul pe deplin informat al Kayei, cum ar afecta acest lucru relația dumneavoastră cu pacienta? Dacă ați fi în locul ei, cât de multă încredere ați mai avea în psiholog dacă ați descoperi că informațiile pe care i le-ați dezvăluit, știind că vor fi păstrate în strictă confidențialitate, au fost împărtășite cu o terță parte sau chiar cu un membru al familiei? Dacă ați face acest lucru, v-ați periclita orice viitoare relație profesională.

Managementul riscurilor — Cum vă protejați pacientul și cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 3.4:

Care sunt riscurile unui caz în care este vorba de multă neîncredere față de abordarea tradițională a sănătății mentale? Cum ați gestiona aceste riscuri?

Majoritatea exemplelor descrise în secțiunea precedentă (protejarea pacientului) se aplică și în această secțiune, dedicată autoprotejării. Cel mai important sfat într-o asemenea situație (și, de fapt, în orice situație) este acela de a consemna totul. Persoanele care suferă de paranoia ar putea să aibă dubiile lor cu privire la existența documentelor; prin urmare, pe lângă consimțământul oral, ar fi bine să vă asigurați că aveți consimțământul scris al pacientului pentru evaluare/tratament (Codul de etică al CPA, Standardul I.22; Codul de etică al APA, Standardul 3.0), precum și explicațiile dumneavoastră și ce a înțeles Kaya din ce i-ați explicat dumneavoastră, consemnate.

O altă chestiune esențială, așa cum a fost subliniat anterior, este importanța autenticității și transparenței dumneavoastră în tot acest proces (Codul de etică al CPA, Standardul III.14; Principiile APA: Principiul C — Integritate). Nu presupuneți că lucrurile spuse de Kaya sunt inerent false sau doar rezultatul simptomelor și spuneți-i limpede cine va avea acces la datele ei și pentru ce vor fi folosite. Poate vă temeți că dacă insistați asupra riscurilor, o persoană precum Kaya (din cauza fricilor ei) ar putea renunța la ședințele cu dumneavoastră. Aceasta este alegerea ei și trebuie să fie respectată (Codul de etică al CPA, Standardul I.30; Codul de etică al APA, Standardul 10.01, Consimțământul informat pentru terapie). Dacă nu sunteți onest cu pacientul dumneavoastră sau nu demonstrați completă transparență (chiar și cu cele mai bune intenții sau pentru că vă este mai comod), puteți avea probleme mari pe viitor.

În fine, respectați-vă limitele cunoștințelor și ale competenței (Codul de etică al CPA, Standardele II.6, II.8; Codul de etică al APA (2017), Standardul 2.01). După cum i-a spus un supervizor odinioară unuia dintre autorii acestui capitol, cea mai mare greșeală pe care o fac psihologii la început de drum este să acționeze mai întâi și să se consulte de-abia după, pentru a verifica dacă au procedat corect. Deși aveți intenții bune, rezultatul ar putea să constituie un risc pentru dumneavoastră Consultarea pe teme de etică înseamnă să vă consultați înainte să acționați și, desigur, să consemnați totul.

Concluzii

ACTIVITATEA 3.5:

Credeți că puteți avea rezultate într-un caz atât de complex și cu probleme psihologice atât de grave? Ce puteți să-i spuneți Kayei pentru a o determina să participe activ la tratament? Cum i-ați implica pe membrii familiei, dacă ar fi cazul să se implice?

Deși ați fi tentați să credeți că nu se poate face mare lucru într-un caz de psihoză, vrem să subliniem cu optimism cât de mult *puteți* face pentru un pacient precum Kaya (Kingon & Turkington, 2008; Wright și colab., 2014). În primul rând, după cum am tot menționat pe parcursul acestui capitol, construirea unei bune relații terapeutice este unul dintre cele mai importante lucruri pe care le puteți face. Pe lângă faptul că îi demonstrați respectul dumneavoastră, alianța terapeutică vă va permite să faceți o evaluare mai corectă (întrucât Kaya va fi mai deschisă și onestă cu o persoană în care are încredere). Aceasta va ușura și drumul către psihoterapie (dacă aceasta este direcția în care se îndreaptă lucrurile) sau va reprezenta o interacțiune pozitivă cu un specialist din domeniul sănătății mentale, interacțiune care va contribui la acceptarea mai ușoară a unui viitor tratament psihologic. Astfel, chiar și o evaluare în scop de psihodiagnoză poate fi terapeutică pentru pacient. Mai mult, National Institute for Clinical Excellence (2014) din Marea Britanie — care promovează o abordare bazată pe dovezi științifice recomandă psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru psihoză pentru pacienții care trec printr-o stare de psihoză (secțiunile 1.3.7, 1.3.4.1). American Psychiatric Association (2004) oferă recomandări similare.

Un al doilea aspect important este că, deși diagnosticul are rolul de a orienta specialiștii în privința abordărilor bazate pe dovezi științifice, fiind relevant și pentru decontarea tratamentului, nu este vital pentru recuperarea Kayei ca ea să accepte diagnosticul de „schizofrenie paranoidă". S-ar putea ca unii pacienți să nu fie deranjați de această etichetare, însă mulți vor fi deranjați de stigmatul asociat diagnosticului (vezi și capitolul 8 din acest volum). Deși nu sugerăm să-i ascundeți pacientului diagnosticul, dacă observați că îi vine foarte greu să îl accepte, atunci diagnosticul nu trebuie să devină o piedică în calea unei psihoterapii menite să ajute în procesul de recuperare a pacientului (și anume, trăirea unei vieți pline de satisfacții, speranță și realizări, în contextul unor probleme de sănătate mentală; Mental Health Commission of Canada, 2016).

În plus, dată fiind dimensiunea multiculturală a acestui caz, vă recomandăm să vă consultați cu Kaya în privința aspectelor culturale. Dat fiind că tatăl Kayei a emigrat din Africa și pare sceptic în privința terapiilor strict occidentale, ar trebui să discutați cu Kaya despre norme și valori culturale, inclusiv credințe și practici referitoare la sănătatea mentală (vezi APA, 2002; Comas-Díaz, 2012; Hays, 2016). Dată fiind descendența ei biculturală, n-ar trebui să faceți presupuneri cu privire la cultura sau culturile cu care se identifică pacienta și la modul în care identitatea ei culturală poate avea un impact asupra evaluării și tratamentului. Este esențial să vă informați în legătură cu aspectele culturale specifice cazului, inclusiv prin consultări profesionale adecvate, pentru a putea practica profesia de psiholog cu competență și preocupare pentru dimensiunea culturală.

În fine, ar fi util să găsiți o modalitate de a-i aduce pe membrii familiei împreună (fie în cadrul terapiei de familie, fie doar pentru a-i antrena în efortul de susținere a pacientei). În funcție de rezultatul evaluării, puteți propune psihoeducație sau terapie de familie. De asemenea, ar fi bine să le oferiți informații despre cum să caute ei înșiși sprijin în caz că se simt copleșiți de îndatoririle față de Kaya și să le reamintiți cât de important este să aibă grijă de ei înșiși. În cazul de față mai există și sora Kayei, în vârstă de 16 ani, care riscă să se simtă invizibilă în familie, precum și mama, care lipsește de la serviciu pentru a sta acasă.

Deși Kaya este pacienta în acest caz, membrii familiei (cei care trebuie practic să aibă grijă de Kaya) sunt de multe ori uitați. Sprijinindu-i pe ei să funcționeze mai bine în familie și să aibă grijă de ei înșiși, o ajutați și mai mult pe Kaya pe drumul său către recuperare (Glick și colab., 2011; National Institute for Clinical Excellence, 2014).

Referințe bibliografice

American Psychiatric Association. (2004). *Schizophrenia practice guideline*. Accesat la:http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf

American Psychological Association. (2002). *Guidelines on multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists*. Accesat la: http://www.apa.org/pi/oema/resources/policy/multicultural-guidelines.aspx

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, Amended June 1, 2010 and January 1, 2017). Retrieved from http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Bentall, R.P., de Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M., & Read, J. (2014). From adversity to psychosis: Pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*, 1011–1022. http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0914-0

Canadian Psychological Association. (2017). *Canadian code of ethics for psychologists* (4th ed.). Accesat la: http://www.cpa.ca/docs/File/Ethics/CPA_Code_2017_4thEd.pdf

Castle, D.J., & Morgan, V. (2008). Epidemiology. În K.T. Mueser & D.V. Jeste (coord.), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 117–124). New York, NY: Guilford Press.

Comas-Díaz, L. (2012). *Multicultural care: A clinician's guide to cultural competence.* http://dx.doi.org/10.1037/13491-000

Glick, I.D., Stekoll, A.H., & Hays, S. (2011). The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 31,* 82–85. http://dx.doi.org/10.1097/JCP.0b013e31820597fa

Gururajan, A., Manning, E.E., Klug, M., & van den Buuse, M. (2012). Drugs of abuse and increased risk of psychosis development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 46,* 1120–1135. http://dx.doi.org/10.1177/0004867412455232

Hays, P.A. (2016). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy* (3rd ed.). http://dx.doi.org/10.1037/14801-000

Kingdon, D.G., & Turkington, D. (2008). *Cognitive therapy of schizophrenia.* New York, NY: Guilford Press.

Kleiger, J.H., & Khadivi, A. (2015). *Assessing psychosis: A clinician's guide.* New York, NY: Routledge.

Mental Health Commission of Canada. (2016). *Guidelines for recovery-oriented practice.* Accesat la: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_ENG.PDF

Mortimer, A.M. (2007). Symptom rating scales and outcome in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry, 191,* s7–s14. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.191.50.s7

National Institute for Clinical Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management.* Accesat la:

http://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-recommendations

Rudnick, A., & Roe, D. (2008). Diagnostic interviewing. În K.T. Mueser & D.V. Jeste (coord.), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 117–124). New York, NY: Guilford Press.

Schaffer, J., & Rodolfa, E. (2016). *A student's guide to assessment and diagnosis using the ICD-10-CM: Psychological and behavioral conditions.* http://dx.doi.org/10.1037/14778-000

State of Minnesota vs. Jerry Expose, Jr., A13-1285 (Minn., 2015). Accesat la: https://mn.gov/law-library-stat/archive/supct/2015/OPA131285-120915.pdf

World Health Organization. (1993). *ICD–10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice,*București, Editura Trei, 2016.

Wright, N., Turkington, D., Kelly, O., Davies, D., Jacobs, A., & Hopton, J. (2014). *Treating psychosis: A clinician's guide to integrating acceptance and commitment therapy, compassion-focused therapy and mindfulness approaches within the cognitive behavioral therapy tradition.* Oakland, CA: New Harbinger.

F31 Tulburarea bipolară

Genny Lou-Barton și John Preston

Tulburările afective bipolare sunt caracterizate de perturbări ale emoțiilor și ale nivelului de energie și activitate, implicând episoade alternante de elevare a dispoziției, iritabilitate sau dispoziție depresivă. Procentul persoanelor care au avut la un moment dat această tulburare pe parcursul vieții variază între 1,5% și 5% (variabilitatea fiind datorată diferențelor între criteriile de diagnosticare). Tulburarea afectivă bipolară ridică o serie de probleme specifice în procesul de evaluare și diagnosticare. Doar 20% dintre cazuri sunt diagnosticate corect în primul an de simptomatologie și până la 35% nu sunt diagnosticate sau tratate corespunzător timp de mai mult de 10 ani după primul episod (Hirschfeld, Lewis & Vornik, 2003; Suppes et al., 2001). Netratată la timp și în mod adecvat, tulburarea bipolară se poate înrăutăți din ce în ce mai mult, riscând să devină mai greu de tratat, drept pentru care diagnosticarea corectă este extrem de importantă (Goodwin & Jamison, 2007). O complicație în plus este faptul că aproximativ 40% dintre cei diagnosticați cu tulburare majoră depresivă unipolară (F32.xx sau F33.xx) de fapt suferă de o tulburare afectivă bipolară (F31.xx; Angst, 2013). Atunci când primul episod al tulburării bipolare este un episod depresiv sever, fără ca vreun simptom maniacal sau hipomaniacal să fi apărut încă, diagnosticul diferențial — între depresie unipolară și depresie bipolară — poate fi extrem de dificil de făcut (Berk și colab., 2007). Un diagnostic incorect poate sta la baza unor tratamente fie dăunătoare, fie ineficiente, prin urmare, este deosebit de important să fie făcută diferențierea corespunzătoare, care nu este doar teoretică; diagnosticul incorect poate avea o contribuție majoră la înrăutățirea condiției pacientului și poate avea efecte adverse pe termen lung în evoluția tulburării.

Dintre toate tulburările psihiatrice, tulburările bipolare au cea mai mare rată de acte de suicid finalizate (15%-18,9%; Goodwin și colab., 2003; Sharma & Markar, 1994). Tratarea inadecvată a tulburărilor bipolare poate, de asemenea, să ducă la grave probleme de sănătate, semnificative fiind ratele crescute de boli cardiovasculare, obezitate, atac cerebral și diabet de tip II (vezi articolele pe teme medicale publicate pe site-ul Alianței de sprijin pentru persoanele cu depresie și tulburare bipolară: http://www.dbsalliance.org). Organizația Mondială a Sănătății anticipează că tulburările severe de dispoziție afectivă vor deveni, până în anul 2030, cauza principală a poverii de boală (anii pierduți dintr-o viață sănătoasă) și cea de-a doua cauză a scăderii speranței de viață la nivel mondial (Mather & Loncar, 2005).

Tulburările bipolare afectează persoane din toate clasele sociale, debutând în jurul vârstei de 18 ani (American Psychiatric Association, 2013). În situația în care această tulburare nu este tratată eficient, pacienții vor avea în mod inevitabil episoade recurente ce se vor intensifica ca frecvență, durată și, posibil, mortalitate (Goodwin și Jamison, 2007).

Întrucât tulburările bipolare prezintă episoade separate, ce diferă clinic între ele în mod semnificativ, în descrierea cazului am inclus două faze ale bolii.

PRIMA ÎNTÂLNIRE

Craig este un tânăr de 24 de ani, de rasă caucaziană. A absolvit facultatea și lucrează în planificare urbană. Acum trei luni, au început să apară simptome printre care stare depresivă, oboseală marcată și hipersomnie (somn excesiv: 10 sau mai mult de 10 ore de somn pe noapte). Înainte de debutul simptomelor, Craig obișnuia să doarmă 7-8 ore pe noapte fără să simtă o stare accentuată de oboseală în timpul zilei. Totodată, a înregistrat și o ușoară creștere în greutate. A devenit din ce în ce mai retras social și și-a redus participarea în activitățile obișnuite (frecventarea bisericii, drumețiile, întâlnirile cu prietenii). Spune, de asemenea, că se simte obosit, deprimat, apatic și indiferent. În plus, multe dintre activitățile care în mod normal i-ar fi făcut plăcere nu-l mai interesează (cum ar fi mersul la restaurant și la cinematograf, cântatul la chitară; a remarcat și o scădere notabilă a apetitului sexual). A început să aibă gânduri din ce în ce mai negative și pesimiste. Deseori e irascibil și a început să-și piardă încrederea în sine.

Craig s-a adresat unei clinici de sănătate mentală pentru a solicita consiliere psihologică. Dumneavoastră, în calitate de psiholog, vreți să aflați ce evenimente precipitante ar fi putut declanșa aceste modificări de dispoziție. Craig nu poate indica evenimente adverse de viață care să fi jucat un rol în acest sens, cu excepția unui oarecare stres la locul de muncă, despre care nu crede că ar fi fost atât de puternic încât să-i declanșeze simptome de această severitate.

Investigațiile ulterioare nu indică niciun fel de episoade depresive anterioare, ideație suicidară, simptome psihotice evidente, simptome maniacale severe sau episoade anterioare clare de hipomanie sau manie. Craig spune că nu a făcut și nu face uz semnificativ de substanțe (totuși, întrucât multe persoane minimalizează sau neagă abuzul de droguri sau alcool, nu putem elimina complet această posibilitate). Spune că starea sa de sănătate fizică este bună, deși unele probleme medicale subiacente pot uneori să aibă simptome fizice greu de depistat, dar care provoacă totuși simptome psihice. Întotdeauna este important să evaluați și să excludeți existența unor probleme medicale care pot să dea simptome depresive.

Pe baza informațiilor culese până acum — în special cu privire la dispoziția sa, la starea de oboseală accentuată, hipersomnie, anhedonie, precum și la durata scurtă de manifestare — îl diagnosticați pe Craig cu tulburare depresivă majoră, episod unic, moderat (F32.1) și recomandați psihoterapie individuală. Craig mai vine la dumneavoastră pentru încă șase ședințe, însă decide apoi că psihoterapia nu îl ajută și renunță la tratament. Depresia sa durează aproximativ cinci luni, apoi dispare treptat.

ACTIVITATEA 4.1:

Care sunt semnele clinice care sugerează că diagnosticul pe care i l-ați dat inițial nu a fost cel bun și ce alte diagnostice ar trebui luate în considerare?

Sunt o serie de indicii în prezentarea cazului, care ar trebui să vă ducă cu gândul la un diagnostic ce depășește sfera depresiei unipolare. În primul rând, Craig a raportat „simptome atipice" pentru depresia unipolară, și anume hipersomnie, oboseală accentuată și creșterea în greutate. Aceste simptome pot fi văzute la persoane cu depresie unipolară, dar și la persoane care suferă de tulburare afectivă sezonieră (F33.x)[11]. În al doilea rând, lipsa unor evenimente care să fi avut un rol precipitant clar în declanșarea episodului depresiv indică posibilitatea unei tulburări bipolare. Deși evenimentele stresante de viață pot declanșa episoade bipolare (mai ales episoadele depresive), episoadele spontane/endogene sunt des întâlnite. În al treilea rând, deși Craig a declarat că nu are probleme de sănătate, unele tulburări medicale subtile (care deseori sunt trecute cu vederea într-o investigație medicală de rutină) pot juca un rol în provocarea sau agravarea unor episoade afective. Există o serie întreagă de probleme medicale care ar putea fi relevante în cazul lui Craig, nu doar problemele de sănătate mentală. În al patrulea rând, uzul excesiv de cafeină (F15.xxx sau T43.615) și de alcool (F10.xxx) poate, de asemenea, să aibă un impact negativ asupra calității somnului și trebuie investigat. Privarea de somn este un factor critic în declanșarea unor tulburări de dispoziție și interferează cu stabilizarea afectivă pe termen lung. În al cincilea rând, atunci când diagnosticați o tulburare afectivă, trebuie întotdeauna să verificați dacă există simptome psihotice și să excludeți schizofrenia (F20.x) și psihozele induse de droguri (F10-F19). Simptomele psihotice pot să apară la pacienții cu tulburare depresivă unipolară severă, însă sunt mai frecvente la pacienții cu tulburări afective bipolare.

---

[11] Codul nu se regăsește în ediția în limba română, tradusă după ICD-10. (N. red.)

A DOUA ÎNTÂLNIRE

Peste doi ani, Craig trece prin al doilea episod afectiv. În vârstă de 27 de ani, Craig a început să stea la serviciu mult peste program, entuziasmat de noul proiect de planificare urbană. Colegii lui Craig au observat că, pe parcursul a trei zile, acesta a devenit din ce în ce mai energic, entuziasmat și animat. Craig i-a spus unui coleg că doarme doar 3-4 ore și nu se simte obosit. Craig a devenit din ce în ce mai hiperactiv și uneori agitat și iritabil, ceea ce era neobișnuit în cazul lui. Le-a declarat colegilor că, potrivit planului său revoluționar, mai multe persoane fără adăpost din toată țara urmau să fie aduse cu avionul pentru a primi spațiu locativ, după cum intenționa să explice în noul său proiect. Bea cantități masive de cafea, iar igiena sa personală începuse să se deterioreze. La un moment dat, începuse să vorbească atât de repede încât nu-l mai putea urmări nimeni.

Evaluare conform ICD-10-CM

Tabloul clinic prezintă o serie de aspecte importante în stabilirea unui diagnostic, aspecte care nu au fost investigate corespunzător la prima evaluare. În primul rând, nu ați făcut un istoric al familiei. Pentru diagnosticarea tulburărilor afective, este important să aflați dacă există un istoric semnificativ de probleme de dispoziție afectivă în rândul rudelor de sânge, deși este dificil de știut, din cauza faptului că multe persoane nu cunosc detalii despre problemele psihiatrice ale rudelor lor de sânge, fie pentru că tulburările mentale nu se discută în familie, fie pentru că nu sunt familiarizate cu terminologia specifică (tulburările bipolare se numeau tulburări „maniaco-depresive" până în 1980). Și totuși, următoarele comportamente și simptome pot ridica semnale de alarmă pentru psihologul clinician privind existența unor posibile tulburări afective în familia pacientului: acte suicidare finalizate; internări psihiatrice; abuz sever de substanțe și, în cazul tulburării bipolare, comportamente anormale precum inițierea și oprirea mai multor proiecte de afaceri; numeroase căsătorii sau probleme semnificative cu legea, precum și jocul de noroc excesiv, cheltuirea frecventă a unor sume mari la cumpărături și slab discernământ. Vulnerabilitatea la tulburarea bipolară este una dintre puținele tulburări mentale care par să fie clar transmise genetic (Craddock & Sklar, 2009), drept pentru care istoricul familiei, dacă poate fi obținut, este foarte relevant. Dacă Craig sau membrii familiei sale nucleare nu știu de existența unor boli mentale în familie, puteți obține acordul lui Craig pentru a-i intervieva rudele sau prietenii apropiați; astfel, puteți obține informații importante despre istoricul pacientului și despre orice schimbări notabile în comportamentul său. Astfel de date colaterale sunt de multă vreme considerate o strategie extrem de eficientă în diagnosticarea tulburărilor de dispoziție.

Diagnosticul conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 4.2:

Care sunt semnele din cea de-a doua întâlnire cu Craig, care vă dau de gândit că ar putea fi vorba și de alte categorii de diagnostic diferențial, pe lângă depresia unipolară?

Să luăm pe rând posibilele diagnostice diferențiale, ținând cont de toate informațiile pe care le aveți la dispoziție (din prima și din a doua întâlnire), așa cum se face pentru orice evaluare corectă. Cel mai important indicator al unei tulburări afective sezoniere este regularitatea debutului episoadelor depresive (ce apar în fiecare an spre sfârșitul toamnei și începutul iernii, intrând în remisie primăvara). Este important de știut că acest tip de depresie se poate declanșa și în alte situații în care suntem expuși la mai puțină lumină (de exemplu, începerea unui serviciu constând în ture de noapte). Craig nu a manifestat acest tipar. Un diagnostic medical primar care se poate prezenta sub forma unei tulburări afective este cel de hipotiroidism subclinic (E02 sau E03.9), rezultând dintr-o ușoară elevare a hormonului TSH (hormon de stimulare tiroidiană). Pentru majoritatea oamenilor, aceste creșteri minore ale valorilor TSH-ului (spre limita superioară a intervalului normal, de exemplu, 2.0-3.0) nu reprezintă un motiv de îngrijorare, însă pot fi problematice pentru persoanele cu tulburări de dispoziție. Aproximativ 10% dintre persoanele cu depresie unipolară și două treimi dintre persoanele cu tulburare bipolară au semne de afecțiune tiroidiană (Goodwin și Jamison, 2007; Phelps, 2016).

Celelalte două afecțiuni medicale care pot duce la exacerbarea simptomelor afective și care sunt de multe ori trecute cu vederea la investigațiile medicale de rutină sunt apneea de somn (G47.3x) și sindromul picioarelor neliniștite (G25.81). În situația de față, ar fi fost bine să-l întrebați pe Craig cum stă cu somnul și dacă la examenul medical a fost controlată și tiroida. Întrucât boala tiroidiană subclinică se prezintă cu puține simptome fizice (uneori chiar deloc), iar simptomele de apnee și sindromul picioarelor neliniștite apar în timpul somnului, este posibil ca pacientul să nu le fi observat deloc. Dacă Craig împarte patul cu cineva, ar fi util să intervievați persoana respectivă. Apneea de somn de tip obstructiv este de obicei ușor de observat de către partener, dat fiind că persoana afectată se chinuie de 200-400 de ori pe noapte să respire, gâfâind puternic. Însă majoritatea partenerilor presupun că e vorba doar de un sforăit zgomotos și se obișnuiesc cu fondul sonor, nemaiobservându-l. Sindromul picioarelor neliniștite este și el ușor de observat, întrucât păturile aterizează pe jos în fiecare noapte. O stare pregnantă de oboseală este deseori un indiciu în ambele cazuri (întotdeauna în cazul apneei de somn). Pacientul trebuie trimis la medicul de familie și la un specialist în probleme de somn pentru mai multe investigații.

Deseori clienții declară că beau mai puțin decât o fac în realitate și aproape niciodată nu iau în calcul influența majoră a cofeinei asupra calității somnului, prin urmare, aceste probleme medicale trebuie explorate în amănunt.

În schizofrenie sau în psihozele induse de droguri, simptomele psihotice de obicei implică o gândire cu un grad mai mare de dezorganizare și un comportament mai bizar decât cele manifestate de Craig, prin comparație cu simptomele psihotice cauzate de o tulburare de dispoziție.

Deși nu aveați cum să știți când l-ați evaluat prima dată, Craig a trecut printr-o perioadă de remisie spontană cinci luni mai târziu. Episoadele de depresie unipolară durează de la 9 la 12 luni dacă depresia nu este tratată și sunt urmate de remisie spontană, pe când episoadele depresive în tulburarea bipolară au de obicei o durată mai scurtă (6 luni, de pildă), ceea ce sugerează că este vorba de altceva, nu de o tulburare depresivă unipolară (Goodwin și Jamison, 2007; Sobel, 2012). Episoadele depresive severe cu o durată scurtă sunt un semnal de alarmă privind o posibilă tulburare bipolară. De asemenea, la cel puțin jumătate dintre adulții și adolescenții care au tulburare bipolară, primul episod este depresiv, fără episoade maniacale sau hipomaniacale (Goodwin și Jamison, 2007). Cu alte cuvinte, „polul" maniacal nu a apărut încă. Primul episod maniacal sau hipomaniacal apare, în medie, după 18 luni (deși există multă variabilitate la nivel individual), ceea ce pune mari probleme pentru stabilirea diagnosticului (depresie bipolară sau unipolară), dacă e vorba doar de primul episod. Atunci când puneți diagnosticul este important să vă gândiți că ar putea să fie, de fapt, depresie bipolară.

Tulburările bipolare sunt asociate cu anumite afecțiuni comorbide (tulburări concomitente), cum ar fi tulburările de uz de substanțe (F10-F19), tulburări anxioase (F41-43), tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate (F90.x) și tulburări ale instinctului alimentar (F50.x; Krishnan, 2005). În cazul de față, ar fi fost bine să aveți în vedere și aceste posibilități în cadrul procesului de evaluare. Dintre toate afecțiunile comorbide, tulburările de uz de substanțe apar cel mai frecvent. Se estimează că aproximativ 60% dintre persoanele cu tulburare bipolară au și o tulburare de uz de substanțe (Ostacher, 2011). Deși dumneavoastră l-ați întrebat pe Craig cu privire la consumul de substanțe, aceste tulburări tind să fie trecute cu vederea dacă evaluatorul nu adresează întrebări specifice cu privire la cantitatea și frecvența consumului, dat fiind că multe persoane neagă sau declară un consum mai mic de alcool sau droguri (Frances, 2013). Identificarea unei tulburări de uz de substanțe în cazurile de tulburare bipolară are o deosebită importanță. Consumul de substanțe stă câteodată la baza unora dintre simptome, dar mai important este faptul că, alături de alte afecțiuni comorbide, poate interfera cu tratamentul, afectând, prin urmare, rezultatele acestuia (Ostacher, 2011). Atragem atenția că nediagnosticarea și, deci, netratarea acestor afecțiuni comorbide sau condiții medicale subiacente împiedică stabilizarea afectivă pe termen lung a pacienților, un obiectiv esențial în tratarea unei tulburări cu un asemenea grad de recurență.

Unul dintre cele mai dificile aspecte ale diagnosticării corecte a tulburării bipolare, după cum am mai spus, este faptul că diagnosticul se bazează pe prezența sau istoricul de episoade atât depresiv major, cât și maniacal sau hipomaniacal. Este posibil ca pacientul să nu observe că e mai plin de energie timp de câteva zile la rând dacă acest lucru nu-i provoacă niciun disconfort sau suferință. Își va spune, probabil, că acestea sunt zile de „sentimente bune", normale, și că nu au nimic de-a face cu problemele lui psihologice curente. Când evaluați prezența hipomaniei, ar fi bine să descrieți cu detalii specifice ce înseamnă un episod hipomaniacal (descriind simptomele caracteristice). Și mai important, însă, este să beneficiați de perspectiva unei a treia persoane, cum ar fi o rudă apropiată, un prieten sau partenerul/partenera pacientului. O hipomanie foarte ușoară nu este patologică, însă când persoanele apropiate observă schimbări drastice în comportamentul pacientului (de exemplu, vorbirea accelerată), ar trebui să vă gândiți că ar putea fi un episod hipomaniacal autentic.

Există anumite controverse cu privire la durata simptomelor necesară pentru diagnosticarea unui episod hipomaniacal. Unii spun că episoadele care durează 2-3 zile reprezintă norma, în timp ce alții susțin că un episod ține cel puțin 4 zile. Se înregistrează rate mai mari de tulburare bipolară în populația generală atunci când episoadele hipomaniacale de 2-3 zile sunt considerate a fi episoade autentice (Goodwin și Jamison, 2007).

În Statele Unite sunt recunoscute de mai mulți ani, două tipuri de tulburare bipolară: tulburare bipolară I (episoade depresive severe și episoade maniacale) și tulburare bipolară II (episoade depresive severe și episoade hipomaniacale). Nosologia și subtipologia de acest tip sunt des întâlnite în cercetare și în literatura de specialitate. În ICD-10-CM, această problemă este abordată ușor diferit. Nu sunt folosiți termenii „bipolar I" și „bipolar II", deși diagnosticele din ICD-10-CM descriu tulburări similare (vezi Extrasul 4.1).

Extrasul 4.1
ICD-10-CM: Tulburarea afectivă bipolară — diagnostic

1. Tulburare bipolară, episod actual hipomaniacal (Cod ICD-10-CM: F31.0)
2. Tulburare bipolară, episod actual maniacal[a] (Cod ICD-10-CM: F31.1x sau F31.2)
3. Tulburare bipolară, episod actual depresiv, depresie ușoară sau moderată (Cod ICD-10-CM: F31.3x)
4. Tulburare bipolară, episod actual depresiv[a] (Cod ICD-10-CM: F31.4 sau F31.5)
5. Tulburare bipolară, episod actual mixt[a] (Cod ICD-10-CM: F31.6x)

[a] Poate include specificațiile: cu sau fără simptome psihotice; cu sau fără simptome somatice; cu sau fără simptome somatice (simptome melancolice), ușoare, moderate, severe.

Pe baza istoricului lui Craig și a tabloului clinic, excluzând simptome psihotice interepisodice sau manie indusă de substanțe, cel mai probabil diagnostic conform ICD-10-CM pentru primul episod este de: tulburare afectivă bipolară, cu episod actual depresiv sever fără simptome psihotice (F31.4). Al doilea episod: tulburare afectivă bipolară, cu episod actual maniacal cu simptome psihotice (F31.2). Este important să-i puneți întrebări detaliate lui Craig cu privire la planul său grandios, de exemplu, de a aduce cu avionul persoane fără adăpost, pentru a stabili dacă aceste idei sunt cu totul nerealiste și, prin urmare, delirante. De asemenea, trebuie spus că în cazurile de tulburare bipolară afectivă diagnosticul nu este static: tabloul clinic al unui episod maniacal diferă foarte mult de tabloul clinic al unui episod depresiv.

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 4.3:

Date fiind complicațiile procesului de diagnosticare în acest caz, care sunt problemele etice de care trebuie să țineți cont? De ce ar fi sau nu etic să implicați rudele pacientului în tratamentul acestuia? Ce probleme etice pot să apară odată cu implicarea lor în tratament?

Implicarea familiei este deseori importantă, deși stârnește dileme etice privind confidențialitatea (Asociația Psihologilor Americani [APA; 2017] *Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită* [APA Ethics Code], Standardul 4.01, Păstrarea confidențialității; Robert și Jain, 2011; Srivastava, 2011). Diagnosticarea și tratarea tulburărilor bipolare prezintă dificultăți deosebite. Deseori, istoricul episoadelor trecute și actuale, așa cum transpare din relatările pacientului, suferă de imprecizie. Persoanele care tocmai trec printr-un episod afectiv major nu sunt cele mai bune surse de informații privind istoricul personal. Aici ar fi extrem de valoroasă implicarea partenerului sau rudelor pacientului pentru a culege informații utile despre istoricul pacientului și pentru a-i oferi sprijin, pentru a-l încuraja să-și ia constant medicația necesară și să meargă în continuare la psihoterapie, pentru a juca rolul de coach cu scopul de a-l ajuta pe pacient să facă exerciții fizice sau alte schimbări utile ale stilului de viață și pentru a prinde la timp semnele unui viitor episod. Este necesară o discuție cu pacientul în privința implicării familiei în tratament și este nevoie de consimțământul informat al pacientului. Există situații în care procesul de obținere a consimțământului este mai dificil, cu precădere când pacientul este psihotic. În plus, mulți pacienți maniacali, cu sau fără psihoză actuală, manifestă o deteriorare severă a raționamentului. Își pot duce familia la faliment sau pot recurge la acțiuni primejdioase pentru ceilalți sau pentru ei înșiși. De pildă, un control scăzut al impulsurilor, discernământ extrem de scăzut, precum și starea de agitație pot duce la comportamente periculoase, cum ar fi șofat periculos, șofatul sub influența alcoolului, neliniște accentuată și hiperactivitate, precum și deliruri de grandoare, cum ar fi ideea de a se lansa în zbor de pe un pod, urmată de acțiunea propriu-zisă. Dacă estimați că persoana reprezintă un pericol fizic pentru sine însăși sau pentru ceilalți, aceasta constituie o situație de excepție în care încălcarea dreptului la viață privată este chiar cerută prin lege (vezi discuția despre cazul Tarasoff în capitolul 3 din acest volum). În absența elementului de pericol, vă confruntați cu o complexă dilemă etică în cazul în care pacientul nu este de acord ca psihologul să vorbească cu membrii familiei. Dreptul pacientului la viață privată rămâne inviolabil, chiar dacă în acest fel nu i se poate oferi îngrijirea optimă (Schaffer & Rodolfa, 2016; vezi și capitolul 3 din acest volum). În această situație, un obiectiv de bază este stabilirea unei relații de încredere cu pacientul, astfel încât acesta să permită implicarea familiei.

În cazul în care emoțiile și comportamentele au atins un anumit prag al disfuncționalității, o altă posibilitate ar fi internarea involuntară, o situație relativ rară în care principiul etic de a nu face rău (Principiul A: Principiul primordialității binelui și evitării vătămării; APA, 2017) este mai important decât dreptul la viață privată (Principiul E: Respect pentru drepturile și demnitatea oamenilor; APA, 2017). Atunci când se află în plin episod maniacal, pacienții de regulă nu realizează că sunt bolnavi, și pot refuza tratamentul. Ar fi bine să vă familiarizați cu diversele proceduri necesare pentru internarea involuntară, potrivit regulilor din comunitatea în care vă desfășurați activitatea. Inițierea unei internări involuntare prezintă o dilemă etică majoră, întrucât presupune privarea persoanei de dreptul constituțional la autodeterminare. În aceste situații, protejarea vieții private și autonomiei pacientului este secundară nevoii de a-i oferi un cadru de siguranță atunci când pacientul se află în imposibilitatea de a lua singur aceste decizii importante (vezi Codul etic al APA, Principiul A: Primordialității binelui și a evitării vătămării și Principiul E: Respectarea drepturilor si demnității persoanelor [APA, 2017]; vezi și Pope și Vasquez, 2016).

Managementul riscurilor — Cum vă protejați pacientul și cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 4.4:

Ce riscuri specifice ați putea întâmpina în lucrul cu Craig, mai ales dacă decideți în favoarea implicării familiei sau a internării?

Lucrul cu un pacient precum Craig presupune o serie de riscuri. Dată fiind discuția de mai sus privind internarea și violarea dreptului la viață privată, psihologul se poate afla într-o situație în care oricum va acționa tot va pica prost. Dacă decide să respecte dreptul pacientului la viață privată și să se descurce cu tratamentul în aceste condiții, psihologul poate fi acuzat de oferirea unui tratament inadecvat. Încălcând dreptul pacientului la viață privată, psihologul este vulnerabil în fața acuzației că nu a avut suficiente motive. Într-o situație de acest gen, este deosebit de important să aveți grijă să consemnați nu doar acțiunile întreprinse, cât și informațiile culese și motivația acestor acțiuni.

În al doilea rând, este esențial să trimiteți pacientul bipolar la medicul psihiatru pentru a i se recomanda medicația necesară. Tulburarea bipolară este o tulburare psihiatrică pentru care este imperativă folosirea psihofarmacologiei, iar a nu trimite pacientul la medicul psihiatru înseamnă că puteți fi acuzat de incompetență în practicarea profesiei de psiholog, date fiind riscurile lipsei tratamentului medical adecvat (înrăutățirea progresivă a simptomelor, ajungând până la suicid). Este foarte important să abordați problema necesității tratamentului medical cu pacientul atunci când se află între episoade, fără simptome severe, cu discernământ nedeteriorat. Va trebui să-i explicați cum funcționează tratamentul psihofarmacologic și care sunt riscurile și beneficiile acestuia. Dacă pacientul refuză medicația în perioadele dintre episoade, va trebui să consemnați ce ați făcut pentru a discuta tratamentul cu pacientul. În timpul episoadelor maniacale severe, când pacientul nu recunoaște sau nu admite că are probleme, implicarea familiei vă poate fi utilă (Roberts și Jain, 2011; Srivastava, 2011).

ACTIVITATEA 4.5:

Ce strategii specifice de intervenție ar fi cel mai adecvate în acest caz? Ce rol pot să joace familia lui Craig sau alți profesioniști din domeniul medical în tratamentul oferit acestuia și care ar fi rolul dumneavoastră ca psiholog în cadrul unor servicii medicale integrate?

Scopurile generale ale terapiei ar trebui să includă rezolvarea cu succes a episodului actual, prevenția pe termen lung a recăderilor și stabilizarea dispoziției, precum și un tratament menit sa-l ajute pe Craig în gestionarea unei boli mentale cu caracter cronic. Un alt scop deosebit de important este reducerea riscului de suicid, dat fiind că persoanele ce suferă de această tulburare au o rată înaltă de suicid. În cazul în care constatați prezența ideației suicidare, trebuie întreprinse anumite acțiuni pentru a pune în practică un plan de siguranță; de exemplu, cine trebuie apelat în cazul în care criza are loc seara sau în weekend sau eliminarea de către familie a tuturor armelor din casă. Trebuie, de asemenea, creat un plan pentru o posibilă internare, chiar și involuntară. Din nou, aceste strategii de intervenție sunt mai eficiente când sunt implicați membrii familiei (dacă pacientul sau un tutore stabilit de o instanță judecătorească își declară acordul).

Tratamentul tulburării bipolare este complex și necesită abordări integrative, inclusiv psihoterapie, gestionarea stilului de viață și folosirea medicației psihiatrice.

Tipurile de psihoterapie demonstrate empiric a fi utile în tratamentul tulburării bipolare includ tratamentul psihoeducațional focalizat pe familie (Miklowitz și colab., 2000), terapia cognitiv-comportamentală (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington & Gyulai, 2002) și terapia interpersonală și a ritmului social (Frank, Swartz & Kupfer, 2000). De asemenea, ghidul publicat de American Psychiatric Association (2002), *Îndrumări de practică pentru tratamentul tulburării bipolare* și website-ul Diviziei a 12-a[12] a Asociației Psihologilor Americani oferă rezumate ale studiilor făcute cu privire la tipurile de psihoterapie pentru persoanele cu tulburare bipolară. Toate cele trei tratamente susținute empiric insistă asupra abilităților de rezolvare activă de probleme, reducerii interacțiunilor extrem de stresante din familie și aderenței la tratamentele medicamentoase. În plus, terapia suportivă pentru pacient și familia sa poate contribui semnificativ la rezultatele pozitive ale tratamentului. Rudele pacientului pot și ele să aibă nevoie de tratament pentru a-și gestiona propriul stres, mai ales în contextul unei stabilizări afective pe termen lung (Frank și colab., 2000).

Gestionarea stilului de viață are, de asemenea, o importanță fundamentală (această abordare este evidențiată în terapia interpersonală și a ritmului social; Frank și colab., 2000). Cele mai importante aspecte sunt următoarele: menținerea unui program regulat de somn (mai ales trezirea la aceeași oră în fiecare zi, strategie numită *simularea răsăritului de soare*); evitarea privării de somn, când este posibil; evitarea întreruperii ritmului circadian (o reală problemă pentru cei care lucrează în ture de noapte sau călătoresc mult cu avionul); implicarea constantă în exerciții fizice; reducerea sau eliminarea cofeinei, mai ales după-amiaza sau seara; evitarea activităților intense din punct de vedere fizic sau a situațiilor cu încărcătură emoțională în orele târzii ale serii; și — foarte important — evitarea substanțelor recreaționale, cum ar fi alcoolul (oferindu-se tratament pentru abuzul de substanțe, la nevoie).

---

[12] Divizia din cadrul Asociației Psihologilor Americani dedicată psihologiei clinice. (N.t.)

Majoritatea persoanelor diagnosticate cu tulburare bipolară în Statele Unite primesc doar tratament medicamentos. Prin urmare, dumneavoastră jucați un rol crucial în identificarea cazurilor de tulburări bipolare, efectuarea de evaluări complexe, precum și recomandarea și oferirea de tratamente integrative. Tratamentul medicamentos pentru tulburarea bipolară depășește sfera acestei cărți, însă în mod obișnuit se folosesc calmante (Litium, Depakote, Tegretol, Lamictal etc.) și antipsihotice (Seroquel, Zyprexa, Abilify, Latuda și altele). Antidepresivele prezintă riscuri semnificative și trebuie fie evitate, fie folosite cu precauție (Preston, 2015). Psihologii joacă un rol esențial în cadrul echipei de tratament, urmărind aderența la tratament și orice efecte secundare ar putea apărea, și care necesită reorientarea către medicul specialist. De exemplu, Shea (2006) oferă numeroase sugestii în legătură cu modul în care psihologii pot folosi alianța terapeutică pentru a explora problemele pacienților în privința aderenței la tratament. În plus, urmărind apariția oricăror efecte secundare, psihologul îl poate trimite pe pacient înapoi la medicul care i-a prescris tratamentul medicamentos. Din cauza stigmatului negativ, a efectelor secundare, a negării și a lipsei efectelor pozitive ale tratamentului, rata de non-aderență la tratamentul medicamentos este semnificativă în rândul persoanelor sub tratament pentru tulburare bipolară, non-aderența fiind și principala cauză a recurenței episoadelor. Psihologii sunt de multe ori specialiști ce luptă în „prima linie" pentru gestionarea acestor probleme, încurajând discutarea ideilor negative cu privire la medicație, idei ce pot apărea atât la pacienți, cât și la partenerii lor de viață.

Din cauza naturii recurente a tulburării bipolare, terapeutul ar trebui să-l pregătească pe pacient și pe membrii familiei sale să recunoască primele semne ale unui episod iminent (tratarea de la primele semne poate preveni declanșarea unui episod autentic; Phelps, 2016). Pacienții și rudele lor pot fi pregătiți să recunoască schimbările comportamentale din următoarele domenii: simptome fizice; modificări în activitățile zilnice; programul de somn; activitate profesională, școlară sau socială; comportamentul sexual; tipare de alimentație; uz sau abuz de substanțe psihoactive; efectuarea de cheltuieli. Fundamentală pentru prevenirea recăderilor este monitorizarea acestor comportamente cu mare grijă. Pe lângă psihoterapie, toți cei care suferă de o tulburare bipolară beneficiază de pe urma informării cu privire la această tulburare și la gestionarea ei pe termen lung.

În fine, este util să le oferiți pacienților recomandări cu privire la grupurile de suport pentru persoanele cu tulburare bipolară (printre care National Alliance for Mental Illness: http://www.nami.org și Depression and Bipolar Support Alliance: http//www.dbsalliance.org).

În concluzie, evaluarea și diagnosticarea unui client precum Craig este un proces de durată. Tulburarea bipolară presupune un tipar care se manifestă de-a lungul vieții astfel încât, pentru un diagnostic corect, este nevoie de o perspectivă trans-secțională și nu doar de instantaneul episodului curent. Pentru un diagnostic corect este, de asemenea, nevoie de timp și atenție, mai ales acolo unde nu există indicii evidente ale unor episoade precedente.

Referințe bibliografice

American Psychiatric Association. (2002). *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder* (2nd ed.). Accesat la: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar.pdf

American Psychiatric Association. (2016). DSM-5, *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, București, Editura Medicală Callisto.

American Psychological Association. (2011). Practice guidelines regarding psychologists' involvement in pharmacological issues. *American Psychologist, 66*, 835–849. http://dx.doi.org/10.1037/a0025890

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, Actualizat pe 1 iunie 2010 și pe 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

American Psychological Association, Society of Clinical Psychology. (2015). *Description*. Accesat la: https://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/bipolardisorder

Angst, J. (2013). Bipolar disorders in *DSM–5*: Strengths, problems and perspectives. *International Journal of Bipolar Disorders, 1*, 12. http://dx.doi.org/10.1186/2194-7511-1-12

Berk, M., Dodd, S., Callaly, P., Berk, L., Fitzgerald, P., de Castella, A.R., Kulkami, J. (2007). History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. *Journal of Affective Disorders, 103*, 181–186. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.027

Craddock, N., & Sklar, P. (2009). Genetics of bipolar disorder: Successful start to a long journey. *Trends in Genetics, 25*, 99–105. http://dx.doi.org/10.1016/j.tig.2008.12.002

Frances, A. (2013). *Essentials of psychiatric diagnosis: Responding to the challenge of* DSM–5. New York, NY: Guilford Press.

Frank, E., Swartz, H.A., & Kupfer, D.J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: Managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry, 48*, 593–604.http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00969-0

Goodwin, F.K., Fireman, B., Simon, G.E., Hunkeler, E.M., Lee, J., & Revicki, D. (2003). Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA, 290*, 1467–1473. http://dx.doi.org/10.1001/jama.290.11.1467

Goodwin, F.K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness*. Oxford, England: Oxford University Press.

Hirschfeld, R., Lewis, L., & Vornik, L. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: How far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 161–174. http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v64n0209

Krishnan, K.R. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine, 67*(1), 1–8. http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000151489.36347.18

Mather, C., & Loncar, D. (2005). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: Data sources, methods and results*. Accesat pe website-ul OMS: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodprojectionspaper.pdf

Miklowitz, D.J., Simoneau, T.L., George, E.L., Richards, J.A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath, R. (2000).

Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry, 48,* 582–592. http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00931-8

Newman, C., Leahy, R., Beck, A., Reilly-Harrington, N., & Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. http://dx.doi.org/10.1037/10442-000

Ostacher, M. (2011). Bipolar and substance use disorder comorbidity. *Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 9,* 428–434. http://dx.doi.org/10.1176/foc.9.4.foc428

Phelps, J. (2016). *A spectrum approach to mood disorders*. New York, NY: Norton.

Pope, K., & Vasquez, M. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (5th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Preston, J. (2015). *Bipolar disorder medications: A concise guide to the medical treatment of bipolar disorder in adolescents and adults* [Amazon Digital Services e-book]. Accesat la: https://www.amazon.com/Bipolar-Medications-Medication-Treatments-Adolescents-ebook/dp/B005GWFQGK și http://www.psyd-fx.com

Roberts, L.W., & Jain, S. (2011, May 6). Ethical issues in psychopharmacology. *The Psychiatric Times*. Accesat la: http://www.psychiatrictimes.com/articles/ethical-issues-psychopharmacology

Schaffer, J., & Rodolfa, E. (2016). *A student's guide to assessment and diagnosis using the ICD–10–CM: Psychological and behavioral conditions*. http://dx.doi.org/10.1037/14778-000

Sharma, R., & Markar, H.R. (1994). Mortality in affective disorder. *Journal of Affective Disorders, 31,* 91–96. http://dx.doi.org/ 10.1016/0165-0327(94)90112-0

Shea, S. (2006). *Improving medication adherence: How to talk with patients about their medications*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins.

Sobel, S. (2012, August 2). Effective personalized strategies for treating bipolar disorder. *Psychiatric Times*. Accesat la: http://www.psychiatrictimes.com/bipolardisorder/effective-personalized-strategies-treating-bipolar-disorder

Srivastava, S. (2011). Ethical considerations in the treatment of bipolar disorder. *The Journal of Life-long Learning in Psychiatry, 9,* 461–464. http://dx.doi.org/10.1176/foc.9.4.foc461

Suppes, T., Leverich, G.S., Keck, P.E., Jr., Nolen, W.A., Denicoff, K.D., Altshuler, L.L.,... Post, R.M. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders, 67,* 45–59. http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00432-3

5

F32 Tulburare depresivă majoră, episod unic

Mark S. Barajas și Claytie Davis III

Tulburarea depresivă majoră constă într-o serie de simptome ce includ o stare afectivă depresivă, pierderea interesului și a capacității de a resimți plăcerea, precum și scăderea nivelului de energie, ducând la creșterea fatigabilității și diminuarea gradului de dinamism. Printre alte posibile simptome se numără probleme legate de capacitatea de concentrare, somn și apetit, o stimă de sine scăzută, pesimism și tendințe suicidare. Depresia este o tulburare psihologică dintre cele mai întâlnite, afectând aproximativ 7% din populația generală (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2016). Depresia apare frecvent și în rândul studenților, situație de care ne vom ocupa în acest capitol.

Procentul studenților care solicită psihoterapie în cadrul centrelor universitare de consiliere este în creștere, după cum a crescut și importanța problemei. În 2009, 93% dintre directorii centrelor universitare de consiliere au raportat o creștere a numărului clienților ce s-au prezentat cu probleme psihologice severe (Gallagher, 2009). Mai recent, Asociația Directorilor de Centre Universitare de Consiliere (Center for Collegiate Mental

Health, 2017) a arătat că depresia este pe locul doi în lista problemelor pentru care studenții (49%) au solicitat tratament în cadrul centrelor de consiliere, pe locul întâi fiind anxietatea (61%). Potrivit studiilor, grijile financiare, relațiile dificile cu profesorii, programul haotic de somn și alimentație, precum și concurența dintre studenți sunt predictori ai depresiei, mai ales în rândul studenților ce provin din grupuri marginalizate (Ibrahim, Kelly, Adams & Glazebrook, 2013; Posselt & Lipson, 2016).

Cazul

În vârstă de 19 ani, Linda, o studentă din anul al II-lea ce provine dintr-o familie taiwanezo-americană, fiind și prima din familie care merge la facultate, se prezintă la centrul de consiliere din cadrul universității acompaniată de Traci, colega ei de cameră. Într-o primă etapă, Linda nu vrea să completeze documentele necesare pentru evaluare, dar este de acord după ce i se spune că în acest fel psihoterapeutul va putea s-o înțeleagă mai bine. Completează rubrica dedicată genului feminin, în prezent fără partener, dar nu-și declară orientarea sexuală. Cele mai importante griji pentru ea se leagă de performanța școlară, starea depresivă și problemele din familie. Spune că e tentată să se retragă de la facultate și declară că nu a mai făcut psihoterapie sau consiliere până acum. Neagă vreun consum de alcool sau droguri și nu răspunde la întrebările legate de riscul de autovătămare sau vătămare a altor persoane (ideație suicidară și omucidară). Neagă prezența vreunei traume fizice sau sexuale în trecut. Declară că mama, tatăl și fratele ei nu o susțin aproape deloc. Întreabă dacă Traci poate să o însoțească la ședința de consiliere, spunând că o va ajuta să se simtă „mai confortabil".

Cu privirea în pământ, picioarele încrucișate și acoperindu-și fața cu ambele mâini, Linda spune că nu s-a mai dus la cursuri în ultimele șase săptămâni pentru că nu vede „care mai e rostul mersului la școală". A aflat luna trecută că nu a fost admisă la cursurile de specializare în afaceri și este nevoită să-și aleagă o altă specializare, ceea ce i-a sporit anxietatea. De când nu se mai duce la cursuri, Linda se simte din ce în ce mai tristă și îi este greu să se mai concentreze, având mintea ocupată de întrebări despre „ce anume nu a mers" și încercând să-și imagineze cum va arăta viitorul ei. Spune că singurul motiv pentru care s-a înscris la universitate a fost să se specializeze în afaceri, să obțină o slujbă bine plătită în consultanță și să aibă grijă de părinții ei. Linda are un frate geamăn, care merge la aceeași universitate și se specializează în informatică. Traci adaugă că părinții Lindei s-au purtat în mod diferit cu copiii lor, Linda simțind deseori că ea este doar „celălalt copil al lor". Traci spune că Linda nu doarme bine noaptea, fiind obosită în timpul zilei. Traci a început să fie îngrijorată de starea Lindei în momentul în care a observat că Linda nu mai ieșise din cameră de trei zile și arăta de parcă ar fi slăbit cinci kilograme în două luni. Mai mult, este destul de vizibil faptul că Linda nu s-a mai spălat de ceva vreme, iar înfățișarea sa este una neglijentă.

Traci e îngrijorată de gândurile suicidare ale Lindei și spune că aceasta posedă suficiente pastile analgezice pentru a se sinucide cu ele. Linda declară că este la nivelul 7 pe o scală de 1-10 a probabilității de suicid întrucât, zice ea, „dacă ajung să-mi dezamăgesc familia, nu mai am pentru ce să trăiesc, iar Dumnezeu mă va înțelege, fiindcă nu aș mai fi în felul acesta o povară pentru familia mea". Neagă că ar fi apelat la alte metode de autovătămare (să se cresteze cu lama, de exemplu) sau că s-ar gândi să-i facă rău vreunei alte persoane. În privința punctelor sale forte, Linda este o bună sportivă și este atentă și politicoasă cu ceilalți. Spune că ar fi deschisă la ideea de a face psihoterapie, dar nu crede că o va ajuta, e de părere ea, decât dacă ar putea să o ajute să fie admisă la specializarea preferată de la facultate. Adaugă că a participat la trei ședințe de terapie de familie în clasa a zecea, atunci când mama sa se lupta cu dependența de alcool, și nu ține minte ca terapia să o fi ajutat pe ea sau pe mama ei.

Părinții Lindei au un restaurant unde ea și fratele ei au lucrat pe vremea când erau la liceu. Părinții ei au emigrat în Statele Unite pentru a le oferi copiilor lor oportunități educaționale mai bune, reamintindu-i Lindei constant cât de multe sacrificii au făcut pentru ea de fiecare dată când Linda nu se ridică la înălțimea așteptărilor lor privind performanța școlară. Părinții o ceartă dacă nu le răspunde la telefon și dacă nu e înapoi în camera ei până la ora 10 seara. Linda e îngrijorată că părinții ei o vor blama și condamna că nu a depus suficient efort dacă nu este admisă la specializarea dorită.

Evaluarea conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 5.1:

Care este relevanța istoricului familiei Lindei și a experiențelor ei anterioare cu terapia de familie pentru evaluarea psihologică pe care o veți realiza dumneavoastră? Ce probleme vă ridică prezența lui Traci în timpul primei ședințe pe care o aveți cu Linda?

Un interviu concis și focalizat pe probleme va ușura culegerea de informații și dezvoltarea unor ipoteze diagnostice. În cazul Lindei, procesul de evaluare este mai complicat, întrucât de față mai este o persoană, și anume Traci, prietena Lindei. Într-o asemenea situație, va trebui să validați grija lui Traci pentru prietena sa, continuând totuși să puneți accentul pe experiența și nevoile Lindei și asigurându-vă că obțineți cât mai multe informații posibile direct de la ea.

Pe lângă acest interviu focalizat, puteți folosi și unele instrumente scurte de evaluare. Acestea sunt utile pentru culegerea de informații vizând anumite aspecte și fac ca procesul de stabilire a unui prim diagnostic să se deruleze mai rapid, ceea ce vă ajută în lucrul cu clienții care nu sunt obișnuiți — sau nu se simt confortabil — să împărtășească verbal informații personale unor persoane străine. Inventarul de Depresie Beck–II (BDI-II; A. T. Beck, Steer & Brown, 1996) este un instrument de screening rapid pentru o serie de probleme des întâlnite printre studenți. Întrucât Linda a recunoscut că are idei suicidare, nivelul riscului de suicid poate fi explorat mai în amănunt cu ajutorul Chestionarului Ideației Sucidare (SIQ; Reynolds, 1988).

Un obicei bun este să vă consultați cu colegii dumneavoastră, lucru care vă va ajuta să gândiți cazurile complicate și să descoperiți subiecte pe care ați putea dori să le analizați în profunzime. Vă sugerăm ca, după un interviu mai dificil cum este cel cu Linda, să vă consultați cu un supervizor sau să discutați cazul cu o echipă de colegi din clinica în care lucrați. La prezentarea de caz făcută la clinică, un coleg specializat în asistență socială vă întreabă dacă Linda a mai beneficiat de vreun tratament. Întrebarea sa vă face să dați mai multă atenție faptului că Linda a făcut la un moment dat câteva ședințe de terapie de familie și o rugați să vă permită — prin semnarea unui formular de consimțământ — să vorbiți cu psihoterapeutul ei de atunci.

Diagnosticul conform ICD-10-CM

După culegerea datelor relevante și crearea unui rezumat al cazului Lindei, urmează formularea unui set de diagnostice diferențiale. Vă sugerăm să aveți la îndemână câteva materiale de referință pentru această etapă, printre care și ICD-10-CM, care este acceptat pentru plată în sistemul serviciilor medicale din Statele Unite, în acord cu legislația federală. Pentru o descriere mai detaliată a criteriilor de diagnostic și a depresiei în rândul anumitor populații și pentru o privire generală asupra epidemiologiei depresiei, vă recomandăm să consultați una dintre cele două cărți de referință despre depresie (Friedman și Anderson, 2014; Gotlib & Hammen, 2014).

ACTIVITATEA 5.2:

Cum ați organiza dumneavoastră informațiile obținute în urma interviului cu Linda? Ce alte informații ați vrea să mai aveți? Ce influență vor avea aspectele culturale asupra modului în care veți conceptualiza diagnosticul?

Deși există mai multe moduri de a conceptualiza cazul Lindei, vom grupa informațiile obținute astfel: simptome cognitive, afective, comportamentale; ideație suicidară/omucidară și comportament de autovătămare; probleme legate de uzul de alcool și droguri; observații comportamentale directe. Vă încurajăm să țineți cont, de asemenea, de punctele forte ale Lindei, de nivelul său de insight și de faptul că a venit din proprie inițiativă să solicite ajutor specializat. Sunt importanți și factorii culturali care afectează atât modul în care psihologul clinician interpretează cazul, cât și modul în care clientul prezintă informațiile relevante despre sine însuși. Puteți folosi cadrul teoretic propus de Hays (2016), cu acronimul ADDRESSING[13] din limba engleză: vârstă, dizabilități de dezvoltare și dobândite, religie, etnie, clasă socială, orientare sexuală, tradiție indigenă[14], origine națională, gen. Este esențial să abordați aspectele identitare ale clientului, întrucât acest tip de explorare poate duce la obținerea unor informații cu relevanță clinică (Comas-Díaz, 2012).

Utilizând metoda de organizare a informațiilor sugerată mai sus, veți putea conceptualiza cazul Lindei după cum urmează. În privința simptomelor cognitive, Linda a raportat probleme de concentrare, fugă de idei, stimă de sine scăzută și neîncredere în propria persoană. Simptomele afective includ dispoziția depresivă și anxietatea crescută. Simptomele comportamentale includ starea de letargie și oboseală cronică, somn perturbat, retragere socială și faptul că îi vine greu să se mai dea jos din pat. În plus, Traci a sugerat că patternul alimentar al Lindei a devenit dezorganizat și că aceasta a slăbit aproape 5 kilograme. Este prezentă ideația suicidară pasivă sau vagă („nu mai am pentru ce să trăiesc"), Linda negând vehement orice comportament de autovătămare sau plan de a-și face rău sieși sau unei alte persoane. Neagă, de asemenea, că ar consuma alcool, droguri, nicotină sau cofeină. În timpul interviului i-ați observat postura retrasă (cu mâinile și părul acoperindu-i fața) și înfățișarea neglijentă. Pentru a aborda holistic conceptualizarea cazului, este important să notați și punctele forte autodeclarate, nivelul moderat al insight-ului în privința problemelor sale actuale, gândirea orientată spre viitor și faptul că a solicitat ajutor. Urmărind cadrul teoretic propus de Hays, observăm că Linda se încadrează în grupa de vârstă a colegilor ei de facultate, nu are dizabilități fizice, provine dintr-o familie taiwanezo-americană, clasa socială muncitorească sau de mijloc, nu are origine americană, face parte din prima generație a familiei ei născută pe teritoriul Statelor Unite, iar identitatea ei de gen se potrivește cu sexul stabilit la naștere; în acest moment, nu aveți informații privind orientarea sexuală a Lindei sau afilierea ei religioasă.

Pentru a vă sprijinii în procesul de diagnosticare, vă recomandăm să consultați o carte generală de referință în domeniul psihopatologiei (de exemplu, Blaney, Krueger & Millon, 2015), pe lângă textele menționate anterior (Friedman și Anderson, 2014; Gotlib și Hammen, 2014). Să luăm mai întâi în calcul două posibile diagnostice: reacție la stres sever (F43.x) și tulburare de adaptare. Deși Linda v-a spus că se simte stresată și are dificultăți de concentrare, ambele fiind simptome de reacție acută la stres (F43.0), dispoziția depresivă și neîncrederea în sine nu se justifică în contextul diagnosticului de mai sus și deci puteți să-l excludeți. Puteți să vă gândiți și la tulburarea de stres posttraumatic (PTSD; F43.1), întrucât simptomele depresive sunt des întâlnite în PTSD. Însă Linda nu v-a spus că ar fi trăit vreun eveniment deosebit de periculos, ce i-ar fi pus în primejdie viața. În plus, simptomele ei nu includ perioade de amorțeală sau flashback-uri, deci puteți exclude și acest diagnostic. În fine, Linda prezintă multe dintre simptomele ce se încadrează la tulburarea de adaptare (F43.2), însă simptomele ei fizice (letargie, apetit inconstant), precum și ideația suicidară nu sunt caracteristice pentru această tulburare, deci din nou puteți să o excludeți.

---

[13] Acronimul este bazat pe termenii din limba engleză în original: Age, Developmental and acquired Disabilities, Religion, Ethnicity, Social Class, Sexual Orientation, Indigenous Background, National Origin, and Gender. (N.t.)

[14] Termenul „indigen" se referă la locuitorii indigeni ai teritoriului Statelor Unite, și anume nativii americani sau amerindienii. (N.t.)

Simptomele Lindei pot fi, de asemenea, înțelese ca manifestări anxioase, posibil diagnosticabile ca tulburare de anxietate generalizată (F41.1) sau tulburare mixtă, anxioasă și depresivă (F41.2). Deși spune că se simte anxioasă, simptomele fizice nu includ încordare musculară, senzația de amețeală sau palpitații la inimă, care sunt de obicei prezente în tulburarea de anxietate generalizată (F41.1). Mai mult, ideația suicidară, dispoziția depresivă și sentimentul de neîncredere în sine vă permit să excludeți diagnosticul de tulburare de anxietate generalizată (F41.1). Nici diagnosticul de tulburare mixtă, anxioasă și depresivă (F41.2) nu este adecvat, întrucât Linda manifestă relativ puține simptome de anxietate, în comparație cu numărul de simptome de depresie autodeclarate.

Este posibil ca Linda să sufere de o tulburare de personalitate? Deși ICD-10-CM nu include un diagnostic de tulburare de personalitate depresivă, sentimentele ei de neîncredere în sine sunt caracteristice pentru tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă/anancastă (F60.5). Cu toate acestea, nu aveți de ce să suspectați că Linda este încăpățânată, perfecționistă și preocupată de detalii. În plus, diagnosticul de tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă (F60.5) poate fi exclus, întrucât Linda spune că starea ei actuală diferă de personalitatea ei obișnuită și deci simptomele actuale nu sunt cronice.

Date fiind diagnosticele excluse până acum, precum și clusterul de simptome manifestate, cel mai potrivit diagnostic pare să fie cel de episod depresiv (F32.*x*) sau tulburare depresivă recurentă (F33.*x*). Informațiile culese până acum sugerează că aceasta este prima dată când Linda prezintă această constelație de simptome, prin urmare putem exclude tulburarea depresivă recurentă (F33), rămânând doar F32.*x*. Apoi, va trebui să clasificați episodul ei ca fiind minor, moderat sau sever. Potrivit lucrării *Handbook of Depression* (Friedman și Anderson, 2014), prezența a patru simptome indică un episod ușor (F32.0), în vreme ce prezența a cinci sau șase simptome, alături de dificultatea considerabilă de a se mai implica în activitățile de zi cu zi, indică un episod moderat (F32.1). Pentru ca un episod depresiv să fie considerat sever, cel puțin șapte simptome trebuie să fie prezente, iar persoana să aibă mari dificultăți în a-și continua activitățile de zi cu zi. În plus, în cazul unui episod depresiv sever (F32.3) sunt frecvent întâlnite simptomele somatice și ideația suicidară sau acțiunile suicidare.

Dat fiind că Linda prezintă mai mult de șapte simptome, nu se mai duce la cursuri și își evaluează riscul de suicid la nivelul 7 din 10, episodul depresiv prin care trece este considerat unul sever. Acum va trebui să diferențiem între un episod depresiv sever fără simptome psihotice (F32.2) și un episod depresiv sever cu simptome psihotice (F32.3), diferența esențială fiind prezența halucinațiilor, a delirurilor, a retardului psihomotor sau a unui stupor sever, făcând imposibilă efectuarea activităților de zi cu zi (Friedman & Anderson, 2014). Linda nu a acuzat prezența vreunor halucinații, nu pare să fie într-o stare de psihoză sau delir și, deși este obosită și retrasă social, și-a continuat activitățile obișnuite. Dată fiind această configurație a simptomelor, cel mai bun diagnostic conform ICD-10-CM este cel de F32.2, episod depresiv sever fără simptome psihotice.

Linda s-a prezentat cu câteva simptome clare, însă de multe ori studenții care vin la consiliere în centrele universitare nu prezintă simptome atât de ușor de identificat. În astfel de cazuri, codurile Z din ICD-10-CM vă pot ajuta să clasificați motivele pentru care studentul a venit la consiliere. Codurile Z identifică acele circumstanțe care nu au de-a face cu o boală sau vătămare ce influențează situația medicală a clientului sau contactul său cu serviciile medicale. Deși există mai multe coduri Z care pot fi folosite pentru a clasifica vizita Lindei, vă prezentăm în continuare o selecție de coduri reprezentative pentru problemele cu care vin studenții la consiliere. De exemplu, pot avea dificultăți în a face trecerea de la liceu la facultate, iar ședințele de consiliere vor primi codul „Neadaptare educațională și neînțelegeri cu profesorii și colegii" (Z55.4). La un nivel mai general, este posibil ca studenții să caute consiliere pentru a-i ajuta să se descurce cu traiul independent pentru prima dată în viața lor, departe de casă sau pentru alte etape de tranziție în dezvoltarea lor psihologică. În acest caz, ați putea utiliza codul Z60.0 — „Probleme de adaptare la tranziția dintre ciclurile de viață". Studenții de culoare ce merg la universități cu o majoritate de studenți albi, studenții internaționali sau membrii altor grupuri minoritare ar putea să caute servicii de consiliere pentru a-i ajuta să se orienteze prin cultura campusului în care au ajuns, situație pentru care puteți folosi codul Z60.3, „Dificultăți de aculturare". În fine, ar putea să aibă nevoie de consiliere în privința unor probleme legate de familia de origine. De exemplu, dacă ați primi acordul Lindei să vorbiți cu fostul ei terapeut de familie și ați afla că mama ei a făcut abuz de alcool pe vremea când Linda era adolescentă, dar de cinci ani nu mai consumă alcool, ați putea codifica vizita Lindei la centrul de consiliere cu codul „Alcoolism și adicție de droguri în familie" (Z63.72), utilizat pentru copiii afectați de dependența de alcool a unui părinte. Acestea sunt câteva dintre codurile Z la care vă puteți raporta; vă încurajăm, însă, dată fiind natura lor vastă și schimbătoare, să vă familiarizați cu capitolul 21 din ICD-10-CM, și anume „Factori ce influențează starea de sănătate și contactul cu serviciile de sănătate".

Considerații etice — Cum să vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 5.3:

Care sunt implicațiile etice și practice ale faptului că Linda a solicitat prezența lui Traci la prima vizită și că părinții Lindei au un rol atât de important în viața sa?

Pentru a asigura calitatea intervenției, trebuie abordate o serie de aspecte etice. În primul rând, sunteți calificat să oferiți servicii psihologice Lindei? Și ce înseamnă a fi calificat sau competent pentru a lucra cu un anume client sau un anumit tablou clinic de simptome? (Vezi și capitolele 3 și 8 din acest volum). La o primă privire, cazul pare foarte clar și chiar tipic pentru un student care apelează la serviciile unui centru universitar de consiliere. Și totuși, cazul devine mai complex, pe măsură ce sunt revelate aspectele culturale. De exemplu, de ce cunoștințe aveți nevoie cu privire la identitatea culturală a unui client? Potrivit *Principiilor etice și codului de conduită* al Asociației Psihologilor Americani (APA; 2017), Standardul 2.01, Limitele competenței, „(a) psihologii oferă servicii, predau și întreprind cercetări asupra diverselor populații doar în limitele sferei lor de competență, în funcție de studiile, formarea, experiența supervizată, consultările sau experiența lor profesională", motiv pentru care s-ar putea spune că nu sunteți calificat să lucrați cu Linda. Și totuși, mergând mai departe, veți citi în secțiunea (c) a standardului 2.01 că „psihologii care intenționează să ofere servicii, să predea sau să întreprindă cercetări asupra unor populații, zone, tehnici sau tehnologii care sunt o noutate pentru ei participă la cursuri și formări, sesiuni de supervizare, participând la consultări sau studii relevante pentru domeniile respective". Prin urmare, având o bază de pregătire în domeniul respectiv, puteți să lucrați cu populații sau tablouri clinice cu care nu aveți experiență anterioară, câtă vreme faceți supervizare cu o persoană care are competența necesară.

Decizia de a o lăsa pe Traci să participe la prima ședință este o decizie în interes clinic. Este probabil ca Linda să fie mai deschisă cu dumneavoastră dacă este și prietena ei de față. Acestea fiind spuse, trebuie să-i reamintiți Lindei că prietena ei va afla astfel toate lucrurile care ar fi fost strict confidențiale în cadrul ședinței și că s-ar putea să nu vrea ca Traci să audă tot ce vă va spune. Dacă îi permiteți lui Traci să fie de față la această ședință, o veți informa pe Linda că îi poate cere prietenei ei să părăsească încăperea în orice moment; o veți informa, de asemenea, că și dumneavoastră îi puteți cere lui Traci să se retragă dacă veți considera că este necesar din punct de vedere terapeutic. Aceste lucruri trebuie să-i fie precizate Lindei înainte să o invitați pe Traci în birou. Tot atunci veți discuta și despre confidențialitate și limitele acesteia, verificând mai apoi dacă Linda și-a păstrat dorința de a o avea alături pe prietena ei în timpul ședinței.

Familia Lindei se implică activ în viața acesteia, ajungând până la un „amestec excesiv"[15], judecând după standardele occidentale (Minuchin, 1974). Cum ați reacționa dacă mama Lindei v-ar suna spunând că v-a găsit cartea de vizită în rucsacul Lindei și vrea să afle „ce probleme are Linda?". Din ce în ce mai des părinții sună să se intereseze de situația copiilor lor care sunt studenți în diverse universități americane. Chiar și un psiholog începător știe că trebuie să răspundă cu o afirmație precum: „Nu pot nici să confirm, nici să infirm... aceasta ar însemna să dezvălui informații". Este greu să faceți față unui părinte speriat sau care vă vorbește cu lacrimi în ochi, mai ales când știți că ceea ce părintele știe este de fapt adevărat (și anume, că faceți consiliere cu copilul lui). Imaginați-vă ce s-ar putea întâmpla dacă Linda află că ați vorbit despre ea cu un membru al familiei ei. Presupunând că nu a semnat un formular de dezvăluire de informații, dacă vă sună mama ei, e bine să știți ce aveți permisiunea să-i spuneți mamei ca să fie clar că Linda nu este în pericol; apoi, însă, e datoria dumneavoastră să-i reamintiți mamei ei de obligativitatea confidențialității și să o încurajați să vorbească direct cu fiica ei. La următoarea întâlnire cu Linda, cu excepția situației în care ar fi contraindicat din punct de vedere clinic, dezvăluirea că ați fost sunat de mama ei și că ați vorbit cu ea (precizând ce anume i-ați spus și ce nu) ar putea duce la întărirea relației terapeutice, demonstrându-i Lindei că nu veți dezvălui fără permisiunea ei niciunei persoane, și deci nici rudelor ei, lucrurile pe care ea vi le împărtășește în cabinet.

Managementul riscurilor — cum vă protejați pacientul și cum vă autoprotejați

ACTIVITATEA 5.4:

Ce riscuri vă așteptați să întâlniți în activitatea dumneavoastră dintr-un centru universitar de consiliere? Care sunt riscurile asociate implicării lui Traci? Cum ați aborda aceste riscuri?

---

[15] Enmeshment în original. (N.t.)

Mai multe scenarii sunt posibile atunci când vine vorba de gestionarea riscurilor dintr-un centru universitar de consiliere. De exemplu, ce ați face dacă ați primi un telefon din partea unui prodecan care dorește să știe dacă Linda este consiliată psihologic și, chiar mai important, dacă reprezintă o amenințare pentru studenți și profesori? Prodecanul adaugă că a primit telefoane din partea unui profesor și a unui responsabil de cămin, potrivit cărora comportamentul Lindei a devenit bizar, iar colegii ei își fac griji pentru ea. Înainte să apucați să-i reamintiți prodecanului de caracterul confidențial al informațiilor pe care le deține un psiholog, acesta vă anunță: „Puteți să-mi dați orice informație necesară, întrucât solicitarea mea are de-a face cu siguranța studenților și a personalului". De fapt, există situații în care dezvăluirea de informații fără acordul clientului este „permisibilă" (de exemplu, în situația coordonării activității cu un alt furnizor de servicii medicale sau când clientul se află într-o situație clară de risc iminent de vătămare). Din descrierea situației făcută de prodecan, nu rezultă că aceasta este una dintre situațiile menționate mai sus, dacă nu reiese și din evaluarea dumneavoastră că Linda prezintă un risc pentru ceilalți (vezi Koocher și Keith-Spiegel, 2008). În cazuri de acest fel, este întotdeauna o idee bună să discutați această solicitare cu clientul dumneavoastră și, dacă decide să vă permită să dezvăluiți informații, este bine să obțineți consimțământul scris folosind formularul corespunzător. În acest formular se vor preciza perioada tratamentului, ce informații vor fi dezvăluite și față de cine, precum și o dată de expirare a acestui consimțământ, și anume data după care nu mai aveți permisiunea de a comunica despre clientul dumneavoastră cu alte persoane. În fine, trebuie să vă informați clientul că își poate retrage oricând consimțământul de dezvăluire de informații. De asemenea, e important ca discuția în vederea obținerii consimțământului scris să includă și ceea ce persoana nu dorește să fie dezvăluit nimănui. Dacă nu aveți un consimțământ scris, opinia noastră fermă este să vă consultați cu colegii înainte de a lua în considerare dezvăluirea de informații. La fel, ar fi bine să discutați cu supervizorul dumneavoastră și cu consilierul juridic (dacă există) cum anume să răspundeți la solicitări precum ordinele judecătorești.

Consemnarea este o modalitate foarte bună de a evita riscurile la adresa dumneavoastră sau a furnizorului medical pentru care lucrați. Este esențial să consemnați ce acțiuni întreprindeți și care este logica pe care o urmați în procesul decizional. Prin urmare, este bine să scrieți de ce ați lăsat-o pe Traci să participe la ședință și cum ați evaluat riscul de suicid al Lindei, mai ales pentru că există unele discrepanțe între informațiile din procesul de triere și ce v-a spus Linda în timpul interviului clinic. De asemenea, și supervizarea dumneavoastră trebuie să fie consemnată, mai ales dacă diagnosticul și planul de tratament al Lindei vă depășesc competența.

În situația în care credeți că Linda prezintă un risc semnificativ de suicid, atunci ar putea fi necesară inițierea unei internări involuntare (vezi și capitolul 4 din acest volum). Din nou, este esențial să vă consultați și să urmați procesele și procedurile specifice furnizorului medical pentru care lucrați.

Concluzii

Sunt mai multe posibilități de tratament pentru o persoană în situația Lindei (Cuijpers, 2017). Dat fiind că în centrele universitare de consiliere sunt preferate terapiile de scurtă durată,

ACTIVITATEA 5.5:

Faceți un plan de tratament pentru Linda. Care sunt elementele esențiale pentru succesul tratamentului? Ce influență are gradul de severitate a depresiei Lindei asupra modului în care organizați primele etape ale terapiei? Alegeți să vă concentrați mai mult asupra alinării imediate a simptomelor sau asupra creării unei schimbări pe termen lung? Ce impact are alegerea dumneavoastră asupra modului în care efectuați tratamentul?

ar fi bine să aveți în vedere următoarele obiective în cazul unui client cu simptome similare cu cele ale Lindei: (a) asigurarea unui mediu sensibil la dimensiunea culturală a identității pacientului, care să-l ajute să se exprime în legătură cu problemele pentru care a venit (vezi Comas-Diaz, 2012; Hays, 2016); (b) includerea clientului în crearea listei cu obiective ale terapiei; (c) diminuarea ideației suicidare; (d) conștientizarea de către client a abilităților adaptative de coping și a resurselor pe care deja le are; (e) normalizarea și validarea sentimentelor clientului; (f) construirea terapiei pe baza punctelor forte ale pacientului.

Prima etapă a terapiei va fi dedicată în principal colectării informațiilor și construirii unei relații terapeutice. Dacă pacientul este ambivalent cu privire la procesul consilierii, este esențial să construiți o relație terapeutică solidă (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011). Asigurarea siguranței clientului este fundamentală atunci când lucrați cu un client ce are un episod depresiv major (F32.x). Va trebui să vă întrebați clientul dacă are idei suicidare sau să-l rugați să completeze un instrument de evaluare în acest sens (BDI, SIQ etc.) la fiecare ședință, dacă sunt motive clare de îngrijorare, să obțineți consimțământul semnat al pacientului pentru a vorbi cu colegele/colegii de cameră, partenerii și prietenii apropiați cu scopul de a culege date suplimentare. Odată cu realizarea alianței terapeutice, sunt șanse ca un client depresiv să răspundă bine la un tratament susținut empiric, cum ar fi terapia cognitiv-comportamentală (CBT; J. S. Beck, 2011). În cazul în care clientul dumneavoastră n-a mai făcut terapie până acum și nu știe în ce fel terapia cognitiv–comportamentală poate duce la o schimbare, explicați-i despre ce este vorba, la ce se poate aștepta și ce i se va cere să facă (teme, contestarea gândurilor etc.).

Este important să-l echipați încă de la început pe client cu strategii cu efect rapid: practicarea unor exerciții fizice, a mindfulness-ului, scrierea unui jurnal personal — potrivit cercetărilor, toate acestea au un semnificativ impact pozitiv asupra dispoziției (Hayes, Follette & Linehan, 2004). Apoi, puteți începe să-l învățați pe client cum să-și gestioneze discursul interior negativ, prin identificarea unor gânduri alternative, cum ar fi, în cazul Lindei, impactul pe care neîndeplinirea așteptărilor părinților ei îl are asupra vieții ei. Obiectivul principal din această etapă a terapiei este ca pacientul să învețe să facă legătura dintre gânduri și dispoziție; de obicei, trăirile afective intense (cum ar fi anxietatea sau tristețea) vor da naștere discursului interior negativ. Unul dintre autorii acestui capitol, Claytie Davis III, le relatează clienților săi următoarea situație pentru a exemplifica legătura dintre gânduri și dispoziție: „Azi m-am întâlnit cu doi studenți de la același curs. Studentul A a primit nota 9 la examen și era supărat, iar studentul B a primit nota 6 și era în al nouălea cer de fericire". Prin urmare, nu evenimentul în sine (nota) dă naștere unor anumite trăiri emoționale, ci interpretarea pe care o dăm evenimentului (sau notei, în exemplul de mai sus). Deseori, interpretările noastre dau naștere unor emoții negative care pot să ia proporții apocaliptice („Din cauza acestui 9 nu o să mai intru la facultatea la care vreau să merg; ar fi trebuit să merg la alt liceu; sunt un ratat!"). Sau, în cazul Lindei: „Părinții mei vor fi dezamăgiți, iar viața mea nu va mai avea niciun rost, fiindcă nu am intrat la specializarea dorită". Începeți să înțelegeți lumea interioară a clienților dumneavoastră atunci când le cereți să vă împărtășească gândurile care le-au provocat emoții atât de intense, ceea ce vă permite să puneți accentul pe legătura dintre gânduri și dispoziție. Aveți grijă să respectați identitatea culturală a clientului dumneavoastră și să fiți atent la feedbackul verbal și nonverbal din partea clientului. Noi (autorii) îi întrebăm des pe clienții noștri cum li s-a părut ședința și pe ce aspecte ar vrea să insistăm sau, din contră, ce aspecte ar vrea să fie mai puțin prezente. Pe măsură ce vă ajutați clientul să învețe noi strategii pentru a-și ameliora starea depresivă, este important să-i reamintiți de strategiile și abilitățile de coping pe care le are sau pe care le-a mai utilizat până acum (de exemplu, să discute cu un prieten, să facă mișcare fizică).

Etapa de mijloc a psihoterapiei este și etapa în care e bine să vă gândiți la potențialele beneficii ale unui tratament medicamentos pentru clientul dumneavoastră, dacă simptomele acestuia nu par să se îmbunătățească, în ciuda faptul că pacientul se implică activ în terapie, făcând tot ce trebuie să facă. Acest pas este important mai ales în situația în care clientul dumneavoastră are probleme cu somnul, întrucât lipsa odihnei prin somn poate să ducă la înrăutățirea simptomelor depresive. Dat fiind că mulți clienți sunt reticenți în legătură cu tratamentul medicamentos, le reamintim că întâlnirea cu psihiatrul nu înseamnă că sunt obligați să ia medicamentele recomandate. O evaluare medicală poate fi privită și ca o a doua opinie.

În ultima etapă a terapiei, faceți un rezumat al abilităților nou învățate, îi oferiți sugestii clientului în privința următorilor pași de făcut, precum și recomandări privind alte forme de tratament (continuarea terapiei individuale, terapie de grup, dacă e cazul etc.). În cazul în care clientul a completat mai multe instrumente de evaluare pe parcursul terapiei, îi puteți demonstra progresul făcut arătându-i rezultatele acestor evaluări. În fine, este important să le spuneți clienților ce servicii de consiliere în situație de criză le stau la dispoziție, dacă vor avea cumva nevoie.

Referințe bibliografice

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie 2010 și pe 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory—II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.

Blaney, P.H., Krueger, R.F., & Millon, T. (coord.). (2015). *Oxford textbook of psychopathology* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2016). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 16-4984, NSDUH

Series H-51). Accesat la: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2015/NSDUHFFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015.htm

Center for Collegiate Mental Health. (2017). *2016 annual report of the Center for Collegiate Mental Health.* Accesat la: https://sites.psu.edu/ccmh/files/2017/01/2016-Annual-Report-FINAL_2016_01_09-1gc2hj6.pdf

Comas-Díaz, L. (2012). *Multicultural care: A clinician's guide to cultural competence.* Washington, DC: American Psychological Association.

Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology, 58,* 7–19. http://dx.doi.org/10.1037/cap0000096

Friedman, E.S., & Anderson, I.M. (2014). *Handbook of depression* (2nd ed.). Londra, England: Springer Healthcare.

Gallagher, R.P. (2009). *National Survey of Counseling Center Directors.* Accesat la: http://d-scholarship.pitt.edu/28170/1/survey_2009.pdf

Gotlib, I.H., & Hammen, C.L. (coord.). (2014). *Handbook of depression* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Hayes, S.C., Follette, V.M., & Linehan, M.M. (coord.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition.* New York, NY: Guilford Press.

Hays, P.A. (2016). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Ibrahim, A.K., Kelly, S.J., Adams, C.E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research, 47,* 391–400. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015

Koocher, G.P., & Keith-Spiegel, P. (2008). *Ethics in psychology and the mental health professions: Standards and cases.* New York, NY: Oxford University Press.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* Boston, MA: Harvard.

Norcross, J.C., Krebs, P.M., & Prochaska, J.O. (2011). Stages of change. În J.C. Norcross (coord.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20758

Posselt, J.R., & Lipson, S.K. (2016). Competition, anxiety, and depression in the college classroom: Variations by student identity and field of study. *Journal of College Student Development, 57,* 973–989. http://dx.doi.org/10.1353/csd.2016.0094

Reynolds, W.M. (1988). *Suicidal ideation questionnaire: Professional manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

F33 Tulburare depresivă majoră recurentă

Rainey Sealey Temkin și Larry E. Beutler

Depresia reprezintă un simptom al mai multor tulburări, atât medicale, cât și funcționale, cuprinse sau nu în spectrul depresiei. De fapt, depresia poate fi comparată cu febra ca simptom în practica medicală: prezența ei indică existența unei probleme, însă depresia în sine poate să nu fie problema centrală, ci un simptom al altei probleme care este, de fapt, principală. Atunci când este identificată o tulburare din spectrul afecțiunilor ce au legătură cu depresia, înseamnă că este o problemă serioasă și trebuie avute în vedere și afecțiunile comorbide.

În rândul tulburărilor psihologice, tulburarea depresivă majoră are una dintre cele mai ridicate rate de prevalență, având o prevalență de-a lungul întregii vieți de peste 15% în cazul bărbaților și 25% în cazul femeilor (Kessler și colab., 1994). Jumătate dintre persoanele care au un episod depresiv dezvoltă încă unul sau mai multe episoade depresive pe parcursul vieții (Kupfer, Frank & Wamhoff, 1996), de obicei într-un interval de cinci ani (Lewinsohn, Clarke, Seeley & Rodhe, 1994) și au, în medie, de la cinci (Kessler & Walters, 1998) până la

nouă (Kessler, Zhao, Blazer & Swartz, 1997) episoade depresive pe parcursul vieții.

O problemă des întâlnită în diagnosticarea unui episod depresiv se leagă de cum anume identificăm începutul și sfârșitul unui episod — care este cauza și care este efectul. Limitele episoadelor pot să fie neclare și greu de trasat, întrucât unele simptome sunt tranzitorii, iar altele sunt mai stabile. În fața acestor complexități ale procesului de diagnosticare, psihologul ar trebui să excludă cu multă atenție alte posibile diagnostice sau tulburări afective și să nu uite că depresia interacționează cu alte simptome, atât din perspectiva cauzei, cât și din perspectiva efectului. De asemenea, fiind vorba de un diagnostic multi-fațetat, trebuie să luați în calcul factorii de risc și aspectele culturale.

Cazul

Darius e un tânăr afro-american, heterosexual, în vârstă de 34 de ani, care a venit la terapie din cauza gândurilor suicidare din ce în ce mai frecvente și fiindcă vrea să „se pună pe picioare" înainte să fie prea târziu. Simte că nu-i reușește nimic în viață și că nu mai are de ce să continue. Dumneavoastră lucrați ca psiholog la un centru comunitar de sănătate mentală și ați preluat pacientul de la psihologul clinician care i-a făcut prima evaluare. Pe lângă un istoric de simptome depresive, ideație suicidară și gânduri referitoare la moarte, mai prezintă și acuze somatice generale pentru care nu a solicitat tratament. Are un diagnostic anterior de tulburare de hiperactivitate cu deficit de atenție, tipul predominant cu deficit de atenție (ADHD; F90.0) și ia din când în când Adderall, un medicament stimulent prescris frecvent pentru ADHD.

Darius a suferit grave arsuri faciale într-un accident de muncă acum un an, pe când lucra ca asistent de mecanic, din cauza unei probleme la o unealtă electrică. Din cauza acestui eveniment traumatic și-a pierdut slujba, iar apoi s-a îngrășat cu peste 40 de kg. Darius a avut mai mereu probleme cu greutatea, însă chiar înainte de accident reușise să slăbească aproape 50 de kg, scăzând sub limita obezității potrivit indicelui masei corporale (indicele masei corporale măsoară grăsimea corporală în raport cu înălțimea și greutatea; Darius avusese până atunci un indice al masei corporale de 35, indicând un grad extrem de obezitate). Spune că are în mod frecvent episoade de mâncat excesiv, în timpul cărora mănâncă uneori atât de mult încât are dureri în piept și stări de amețeală. Crede că toate problemele lui ar dispărea dacă ar reuși să slăbească.

În următoarele ședințe, aflați că Darius locuiește în aceeași casă cu mama lui și uneori cu tatăl său, care apare periodic timp de câteva luni, apoi dispare din nou. Familia se confruntă cu mari probleme financiare. Darius are puțini prieteni și multe relații amoroase eșuate, dintre care unele au început pe site-uri de întâlniri. Până de curând a fost foarte implicat în activitățile bisericii, care i-a oferit o bază morală strictă și în același timp l-a făcut să sufere din cauza comportamentului și gândurilor sale privind sexul înainte de căsătorie, pornografia și sentimentele de inadecvare morală.

Darius spune că se simte cel mai rău atunci când tatăl său revine acasă întrucât îi stârnește o puternică teamă că va ajunge ca tatăl lui, pentru care are sentimente intense de ură și mânie. Deși în cadrul ședințelor și-a exprimat verbal motivația de a se schimba, observați că nu se prea implică în ce ar trebui să facă în intervalul dintre ședințe și ezită să inițieze schimbările comportamentale care l-ar ajuta să-și îndeplinească obiectivul imediat de pierdere în greutate.

În copilărie, Darius a fost mereu tachinat din cauza greutății sale. A primit diagnosticul de ADHD (F90.0) la vârsta adultă, deci în copilărie i s-a spus că este prost și încet la minte — nu doar de către colegii săi, dar și de către frații săi, de mama și de tatăl său. Nu a fost niciodată asertiv și s-a bazat mereu pe îndrumarea primită de la părinții săi sau de la alte persoane. Având permanent sentimentul eșecului, crede că „nimic nu mai are rost" și a suferit aproape întreaga viață de anxietate.

Darius a abandonat școala în ultimul an de liceu, angajându-se ca mecanic alături de tatăl său. A încercat de mai multe ori să studieze pentru examenul de finalizare a studiilor, însă niciodată nu și-a dus planul până la capăt. Printre experiențele traumatice din viața sa se numără arsurile faciale, intensa umilire la care îl supunea tatăl său în public atunci când erau la serviciu, precum și nereușita primei sale experiențe sexuale cu o fată. Declară că a fost puternic traumatizat de aceste experiențe care, alături de creșterea sa în greutate, l-au inhibat atât de mult încât nu a mai fost capabil să aibă relații amoroase și intime.

Darius este capabil să vorbească în amănunt despre gândurile și sentimentele de suprafață, evitând, în același timp, sentimentele dureroase și incomode mai profunde. Stilul său de coping este unul bazat pe interiorizare și autoblamare. Îi percepe pe ceilalți ca fiind critici la adresa lui și având o impresie negativă nu doar cu privire la înfățișarea sa, ci și cu privire la caracterul său. Ca urmare, se retrage și devine autocritic.

Observați că Darius are o mulțime de puncte forte care îl vor ajuta pe parcursul terapiei. Are o înaltă capacitate de a reflecta cu privire la sine însuși. Cu toate că se repede să se autoînvinovățească și să prezică deznodăminte negative pe baza istoricului său de nereușite, Darius face observații bine gândite și cu mult insight cu privire la comportamentele și la interacțiunile sale cu ceilalți, deși comportamentele sale de tip punere în act îl împiedică să-și proceseze sentimentele, emoțiile și motivațiile subiacente.

Evaluarea conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 6.1:

Care sunt principalele probleme pe care le identificați, pe baza informațiilor oferite de Darius la primele ședințe, și ce impact vor avea asupra evaluării?

Într-o primă fază, veți schița câteva diagnostice potențiale pe baza informațiilor pe care le aveți deja. Cea mai importantă problemă va fi cea a riscului de suicid, de care trebuie să vă ocupați imediat. De asemenea, va fi nevoie să evaluați cât de pregătit este Darius pentru a face o schimbare, întrucât manifestă atât pasivitate, cât și negativism, ceea ce i-ar putea afecta capacitatea de a face progrese prin terapie și de a dezvolta relații personale. Veți evalua cu mare atenție simptomatologia sa prezentă și trecută pentru a vă orienta în privința diagnosticului diferențial.

Psihologii folosesc diverse instrumente de testare psihologică pentru a culege date, pentru a asigura acuratețea diagnosticului și pentru a umple golurile din informațiile obținute deja. Veți folosi acele materiale de evaluare care vă vor ajuta să vă clarificați întrebările apărute după prima evaluare. De exemplu, veți dori să clarificați nivelul riscului de suicid și gradul de severitate a depresiei și anxietății lui Darius, să vă lămuriți un pic mai mult cu privire la calitatea vieții sale și să stabiliți o bază pentru recomandări de tratament. Testele discutate în acest subcapitol pot totodată să fie folosite ca instrumente de monitorizare a rezultatelor terapiei.

Hotărâți să-l testați pe Darius cu scala depresiei, anxietății și stresului, conținând 21 itemi (Lovibond & Lovibond, 1995), care măsoară severitatea simptomatologiei comune depresiei și anxietății din săptămâna anterioară, precum și chestionarul rezultatelor 45.2 (OQ-45.2; Lambert și colab., 1996). Acest chestionar poate fi utilizat săptămânal; evaluează progresul pacientului pe parcursul tratamentului și oferă o imagine de moment a funcționării curente în privința mai multor factori, având și itemi de evaluare a riscului de suicid și de abuz de substanțe. Puteți, de asemenea, utiliza platforma Inner Life — Systematic Treatment Selection (http://www.innerlife.com; Beutler, Williams & Norcross, 2008)[16], care generează un raport ce vă oferă o bază pentru recomandările de tratament și vă ajută să înțelegeți mai bine nivelul de severitate a majorității simptomelor (dintre care cel mai important este riscul de suicid) și să vă lămuriți în privința simptomelor secundare, cum ar fi alimentația dezordonată, probleme de concentrare și atenție și distresul familial.

Programul STS Innerlife indică în cazul lui Darius un nivel elevat al depresiei, anxietății și distresului, precum și gânduri de autovătămare. Simptomele secundare sunt reprezentate de dificultățile de atenție și concentrare, conflictele din familie și problemele cu furia (considerațiunile de diagnostic conform ICD-10-CM includ și Y07.1 [Rele tratamente și neglijare parentală]; Z63.9 [Problemă legată de grupul primar de suport, fără alte specificații]; și R45.4 [Iritabilitate și furie]). Scala stilului de coping, conform programului STS Innerlife (stilul de coping indicând care sunt comportamentele tipice pe care le manifestă o persoană atunci când se află într-o situație dificilă) confirmă impresia inițială de nivel elevat de internalizare (autodepreciere, tendință spre îngrijorare, retragere socială, introversie etc.) și externalizare (punere în act, consum de alcool, învinovățirea altor persoane).

---

[16] Programul STS (Systematic Treatment Selection) este oferit prin platforma online Innerlife, dedicată programelor de sănătate mentală, și este inclus de Asociația Psihologilor Americani pe lista programelor de terapie susținute empiric. (N.t.)

Diagnosticul conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 6.2:

Scrieți, în ordinea probabilității, diagnosticele conform ICD-10-CM pentru cazul lui Darius, precum și simptomele care susțin aceste diagnostice. Dat fiind numărul mare de simptome severe, cum vă asigurați că luați în calcul toate posibilitățile de diagnostic?

Un diagnostic diferențial precis poate fi identificat doar după un interviu clinic detaliat, o anamneză psihosocială completă și procesarea rezultatelor la testele psihologice relevante. De multe ori, un posibil diagnostic inițial se poate schimba pe baza informațiilor clinice de profunzime sau evoluției constelației de simptome.

Dat fiind istoricul lui, este esențial să aveți în vedere ipoteza că Darius ar fi putut să aibă o reacție acută la stres (F43.0) după ce a suferit arsuri faciale severe. Criteriile inițiale au fost întrunite, și anume faptul că a reacționat la un factor de stres fizic ieșit din comun, însă simptomele sale nu au dispărut rapid și nici nu s-au diminuat într-un interval de 3 zile, potrivit criteriilor din *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice* (așa-numita *Carte albastră*; Organizația Mondială a Sănătății, 1993).

Un alt posibil diagnostic demn de luat în considerare, dat fiind istoricul lui Darius, este tulburarea de stres posttraumatic (PTSD; F43.1). Când aveți un pacient care a trecut printr-o traumă intensă, trebuie să luați în calcul faptul că simptomele cu care se prezintă, inclusiv simptomele depresive, pot fi o componentă a diagnosticului de PTSD. Din nou, deși Darius a îndeplinit criteriul de a fi fost expus unui eveniment stresant sau unei situații de natură catastrofică sau amenințătoare excepțională, totuși, după primul interviu a devenit clar că nu „retrăia" evenimentul stresor, nu evita circumstanțe care semănau sau erau asociate cu factorul stresor, nu era incapabil de a-și aminti anumite momente ale incidentului și nici nu avea simptome persistente de excitabilitate — toate fiind criterii necesare pentru acest diagnostic.

Un alt diagnostic demn de luat în considerare, dat fiind accidentul prin care a trecut Darius, este cel de tulburare de adaptare, printre care F43.20, tulburare de adaptare nespecificată, F43.21, tulburare de adaptare cu reacție depresivă prelungită ori F43.23 tulburare de adaptare mixtă, anxioasă și depresivă. Diagnosticul cel mai aproape de starea lui Darius ar fi F43.23, însă simptomele sale sunt prea severe pentru o tulburare de adaptare. În plus, constelația sa inițială de simptome a persistat mult peste intervalul de șase luni. Prin urmare, eliminăm toate tulburările de adaptare.

În situația unei tulburări depresive, atât la început, cât și pe parcursul întregului tratament trebuie să evaluați cu mare atenție prezența oricăror simptome maniacale sau hipomaniacale (la fel și în privința oricăror manifestări psihotice în contextul unei tulburări afective) pentru a elimina o tulburare bipolară (F31.*xx*), întrucât a trata o persoană cu tulburare bipolară folosind medicație antidepresivă poate avea consecințe catastrofale (vezi capitolul 4 din acest volum). Darius nu a întrunit niciodată criteriile pentru hipomanie sau manie și neagă prezența oricăror simptome psihotice. După o atentă evaluare și după obținerea acordului lui Darius de a dezvălui informații și de a vorbi cu medicul său curant, eliminați uzul actual sau trecut de substanțe psihoactive (F10-F19, tulburări mentale și de comportament cauzate de utilizarea de substanțe psihoactive) și tulburările mentale organice (F01-F09, tulburări mentale organice cauzate de condiții fiziologice) ca posibile diagnostice. Întrucât Darius s-a prezentat cu multe simptome de tip anxios, ați putea să vă gândiți și la tulburare de anxietate generalizată (F41.1). După și mai multe investigații, ajungeți la concluzia că Darius întrunește condițiile pentru o tulburare depresivă specifică întrucât nu îndeplinește următoarele condiții pentru o tulburare de anxietate: neliniște (griji în legătură cu posibile dezastre viitoare, stare de tensiune nervoasă), tensiune musculară (migrene cauzate de stres, agitație motorie, inabilitatea de a se relaxa) și modificări neuro-vegetative (transpirație, amețeală, senzația de uscare a gurii).

Datele ce au reieșit din interviu și din testele psihologice indică în special o anumită tulburare depresivă majoră. Simptomele sale sunt prezente de mai mult de două săptămâni și includ scăderea stimei de sine, sentimente nejustificare de autoblamare, gânduri recurente de suicid, dificultăți de concentrare și indecizie, perturbări ale somnului și greutatea de a se scula din pat, precum și o creștere semnificativă a apetitului și a greutății corporale. Darius nu a acuzat prezența vreunor halucinații, idei delirante sau a stuporului depresiv. Distresul său considerabil și pericolul clar de suicid, alături de abilitatea limitată de a a-și continua activitățile sociale și profesionale, sugerează un înalt grad de deteriorare în funcționare. Această constelație de simptome vă trimite cu gândul la diagnosticul de tulburare depresivă majoră, episod unic, sever, fără simptome psihotice (F32.2), cu un diagnostic anterior de ADHD, tipul predominant neatent (F90.0), pe linia comorbidității. Aici este vorba de o problemă importantă, întrucât anumite simptome de ADHD, cum ar fi dificultățile de concentrare și stima de sine scăzută, pot să se suprapună cu unele dintre criteriile pentru un episod depresiv major și să complice identificarea unor episoade depresive ulterioare.

Îi recomandați lui Darius să facă psihoterapie, însă, fiind îngrijorat cu privire la starea sa emoțională, faceți o programare pentru o nouă evaluare peste șase luni. În cadrul acestei noi evaluări și pe baza rapoartelor psihoterapeutului său, aflați următoarele informații. Terapia merge bine, Darius se ține de temele pentru acasă, pare motivat să înceapă să mănânce mai sănătos și să facă sport, devenind interesat de întâlnirile amoroase din nou. A făcut progrese și nu mai îndeplinește criteriile pentru un episod depresiv sever. Acum o lună, tatăl său și-a făcut reapariția acasă, iar din momentul acela dispoziția lui Darius s-a modificat radical.

În ședința curentă, Darius s-a prezentat cu o înfățișare neîngrijită și obosită. Vă îngrijorează intensificarea simptomelor sale depresive odată cu întoarcerea tatălui său acasă. Potrivit chestionarului OQ-45.2, Darius are gânduri suicidare în acest moment. În timpul ședinței, Darius menționează schimbări ale apetitului, incluzând episoade aproape zilnice de mâncat excesiv, deprimare, probleme cu somnul, probleme de concentrare, deși urmează tratamentul medicamentos pentru ADHD, precum și o scădere semnificativă a stimei de sine, afectând negativ relația cu prietena sa.

Îl diagnosticați cu încă un episod depresiv și schimbați diagnosticul general în tulburare depresivă majoră recurentă severă, fără simptome psihotice (F33.2). Faptul că acum o lună Darius nu îndeplinea criteriile pentru un episod depresiv actual indică posibilitatea unei depresii recurente și nu doar a unei continuări a episodului precendent. Faptul că Darius are din nou gânduri suicidare vă face să puneți din nou accentul pe gestionarea riscurilor.

Pe baza unei evaluări atente, a judecății clinice și a consultărilor cu supervizorul dumneavoastră și directorul clinicii, scrieți diagnosticele necesare în fișa pacientului, ținând cont și de faptul că nu ați schimbat diagnosticul de tulburare de atenție. Prin urmare, acum fișa de diagnostic arată în felul următor:

- Tulburare depresivă majoră recurentă severă, fără simptome psihotice (F33.2);
- Alimentație excesivă asociată cu alte perturbări psihologice (F50.4).

Considerați că următoarele probleme sunt relevante și trebuie luate în considerare din punct de vedere clinic, însă în această etapă nu aveți suficiente dovezi care să le confirme. Le menționați în fișă întrucât vor ajuta la orientarea terapiei și îi vor ajuta pe viitorii psihoterapeuți și furnizori de servicii medicale să înțeleagă complexitatea cazului lui Darius. Prima chestiune vizează posibilitatea ca Darius să fi fost abuzat sau neglijat de tatăl său (Rele tratamente și neglijare parentală, [Y07.1]). Un alt semnal de alarmă constă în amploarea problemelor lui Darius în legătură cu grupul primar de sprijin, cum ar fi conflicte în familie, neînțelegeri și stres (Problemă legată de grupul primar de sprijin, fără alte specificații [Z63.9]). Acești stresori psihosociali sunt importanți fiindcă pot duce la perpetuarea unor simptome, îngreunând recuperarea completă a lui Darius.

Considerații etice — cum să vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 6.3:

Care considerați că sunt aspectele etice specifice în acest caz și cum le soluționați? Ați avea în plan să discutați cu Darius posibilitatea unui alt episod depresiv și riscurilor asociate acestuia?

Prima dimensiune etică a acestui caz este cea a confidențialității (Asociația Psihologilor Americani [APA], 2017, *Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită* [Codul de etică al APA], Standardele 4.01-4.07). Dată fiind complexitatea simptomelor lui Darius, va fi nevoie să vorbiți și cu alți furnizori de servicii medicale. În acest sens, va trebui să vă asigurați că Darius înțelege ce presupune acest lucru și că a semnat consimțământul pentru dezvăluirea de informații. Confidențialitatea este esențială pentru succesul unei psihoterapii și, înainte să vă consultați cu privire la Darius, istoricul său și simptomatologia prezentă apelând orice alte surse externe, este responsabilitatea dumneavoastră să vă asigurați că Darius înțelege ce informații vor fi dezvăluite despre el și ce riscuri și avantaje există. Asigurați-vă că folosiți un formular detaliat de consimțământ, astfel încât să fie foarte clar pentru Darius cu cine veți lua legătura, în ce moment al terapiei, ce informații sperați să obțineți și cum vor fi folosite aceste informații (vezi și capitolul 1 din acest volum).

Deși ați mai discutat limitele confidențialității la prima ședință cu Darius (aici intră: riscul față de propria persoană și/sau față de alte persoane; abuzuri săvârșite asupra unor persoane minore, bătrâni sau asupra unor persoane adulte fără posibilitatea de a se apăra; mandat judecătoresc pentru dezvăluirea de informații din fișa clientului; precum și situația în care clientul însuși devine inapt să-și poarte singur de grijă), ar fi bine ca Darius să revadă aceste excepții în ședința de reevaluare. Este obligația etică a fiecărui furnizor de servicii medicale să discute cu clientul său aspectele legate de confidențialitate și să nu presupună că acesta a mai fost informat de către un alt furnizor de servicii medicale. Acest caz pune probleme serioase, dată fiind ideația suicidară a lui Darius. Prin urmare, este imperios necesar ca el să înțeleagă că, dacă dumneavoastră considerați că el prezintă un risc major de autovătămare, va trebui să încălcați confidențialitatea și, în cazurile grave, să inițiați procedura de internare involuntară într-un spital public pentru evaluare și tratament. În multe state, o persoană împuternicită de lege, cum ar fi un polițist sau o echipă mobilă pentru situații de criză, va prelua custodia clientului. Ca psiholog, rolul dumneavoastră este cel de a iniția această procedură după efectuarea unei evaluări și consultări complete. Restricționarea libertății unei persoane nu trebuie tratată cu superficialitate și reprezintă o problemă serioasă pentru toți practicanții profesiei de psiholog.

Este imperios necesar să știți ce anume înseamnă o evaluare detaliată a riscului de suicid, ceea ce reprezintă și o componentă esențială a responsabilității dumneavoastră etice de a vă proteja clientul (Codul etic al APA [2-17], Standardul 4.02, Discutarea limitelor confidențialității; vezi și capitolul 15 din acest volum). Într-o situație ideală, aveți la îndemână informații dintr-o varietate de surse și puteți estima probabilitatea ca Darius să se sinucidă sau nu. O evaluare indirectă a riscului de suicid include evaluarea factorilor demografici și de mediu care sunt asociați unui risc înalt de suicid. Printre acești factori se înscriu un istoric de tentative suicidare, comportamente care indică dorința de a muri, surse recente de stres în viața de zi cu zi, precum și izolarea sau lipsa de sprijin social. Evaluarea directă a riscului de suicid presupune ca dumneavoastră să puteți pune întrebări dificile, chiar dacă de abia ați început terapia. Exprimarea intenției de suicid este cel mai clar predictor al riscului de suicid, iar acest risc crește dacă persoana și-a formulat deja un plan de suicid și dacă are mijloacele de a-l duce la capăt. Este esențial să aflați dacă pacientul are acces la mijloace letale, cum ar fi accesul la arme de foc sau la medicamente (Harvard School of Public Health, 2008). Un alt predictor al riscului este nivelul pronunțat al lipsei de speranță, care ar trebui evaluat periodic de psihologi. După cum am menționat în secțiunea anterioară cu privire la evaluare, utilizarea testelor psihologice poate fi utilă în lucrul cu persoanele care prezintă un risc crescut de suicid, iar discuțiile cu membrii familiei sau medicul de familie v-ar putea oferi un context mai larg, însă doar cu consimțământul clientului. Este extrem de important să puneți la punct un plan de siguranță în prima ședință, unde să includeți numerele de hotline pentru situațiile de criză, persoanele pe care le-ar putea suna Darius într-un moment de criză, recomandarea ca rudele sau prietenii apropiați să verifice periodic dacă totul e în ordine cu Darius, discutarea motivelor pentru a-și continua viața, a modalităților de a reduce stresul, precum și creșterea frecvenței ședințelor pentru a-i oferi sprijin suplimentar.

Următoarea problemă etică privește competența dumneavoastră de a-i oferi servicii psihologice lui Darius (Codul etic al APA, Standardul 2.01, Limitele competenței). Ar fi bine să apelați la supervizare și intervizare pentru a stabili răspunsul la această chestiune, precum și la autoreflecție și evaluarea propriei experiențe și a propriului nivel de cunoștințe în lucrul cu persoane ce suferă de tulburare depresivă majoră. Întrucât riscul de deces crește odată cu severitatea problemelor, dacă nu simțiți că sunteți calificat să vă ocupați de acest caz, chiar și sub supervizare, este indicat să trimiteți pacientul unui alt psiholog. În cazul în care sunteți în perioada de stagiu clinic, supervizorul dumneavoastră are ultimul cuvânt în această chestiune. (Vezi și capitolele 3 și 5 din acest volum.)

Nu există indicii ale unei relații multiple în acest caz (Codul etic al AP, Standardul 3.05, Relații multiple), însă este important să păstrați relația în cadrul strict profesional. Pentru a discuta aceste probleme de etică, este bine să aveți în minte reguli clare despre așteptările dumneavoastră de la psihoterapia pe care o oferiți, precum și să înțelegeți care anume sunt așteptările lui Darius cu privire la psihoterapie.

Managementul riscurilor — cum să vă protejați clientul și cum să vă autoprotejați

ACTIVITATEA 6.4:

Există riscuri speciale în privința activității dumneavoastră ca psiholog clinician în acest caz și, dacă da, care sunt ele? Credeți că există riscuri ce decurg din faptul că v-ați schimbat diagnosticul inițial de tulburare depresivă majoră, episod unic sever, fără simptome psihotice (F32.2) în tulburare depresivă majoră recurentă, severă, fără simptome psihotice (F33.2) în cadrul evaluării pe care i-ați făcut-o lui Darius?

Mulți psihologi se tem că pacienții îi pot da în judecată dacă terapia are rezultate negative sau dacă intervenția psihologică a făcut mai mult rău decât bine. Pacienții se pot adresa și organismelor care conferă statutul profesional psihologilor din branșă, drept pentru care mulți psihoterapeuți preferă să nu lucreze cu clienți suicidari. Din fericire, există metode proactive și de protecție la care puteți apela pentru a reduce riscul unor probleme de acest fel.

În primul rând — și cel mai important — consemnați, detaliat și la timp, nu doar ce intervenții folosiți în terapie, ci și motivele utilizării acestor intervenții, astfel încât să vă puteți proteja profesional, după cum s-a arătat în capitolul 1.

Supervizarea și intervizarea reprezintă o practică excelentă și o bună modalitate de învățare atât pentru masteranzi sau doctoranzi, cât și pentru psihologii autonomi, oferindu-vă sprijin în cazurile dificile care presupun și riscuri. În urma unei consultări minuțioase cu colegii, terapeutul obține o perspectivă mai largă asupra cazului, precum și sprijinul necesar dacă mai apar întrebări cu privire la tipul de psihoterapie sau procesul decizional. Psihoterapia, prin natura ei, poate să devină o profesie prin care riscăm să ne izolăm. Prin supervizare, intervizare și participare la cursuri de pregătire continuă diminuăm acest risc și rămânem la curent cu știința și avem parte de sprijin și sfaturi bine informate, ceea ce ne ajută să ne protejăm în meseria de psihoterapeut.

Un ultim comentariu referitor la risc se leagă de diagnosticul stabilit în cazul lui Darius. În timpul evaluării, v-ați schimbat diagnosticul. Această modificare poate duce la acuzația că de fapt nu l-ați înțeles pe Darius sau n-ați înțeles diagnosticul lui. Cu toate acestea, o evaluare sistematică și atentă, inclusiv consemnarea informațiilor, alături de o descriere clară a conceptualizării cazului, poate demonstra că, departe de a fi incompetent sau neglijent, de fapt procedați exact așa cum trebuie să procedeze orice psiholog competent și atent.

Concluzii

ACTIVITATEA 6.5:

Date fiind informațiile pe care le aveți la îndemână în acest moment, care sunt primele aspecte pe care le veți aborda în terapie? Care sunt următoarele aspecte, în ordinea importanței? Ce rezultate sau tendințe vă așteptați să vedeți în prima etapă a tratamentului în privința riscurilor și simptomatologiei depresive?

Atunci când aveți de-a face cu o tulburare depresivă sau de dispoziție, elaborarea unui plan de siguranță, în colaborare cu clientul, este crucială, dacă există și cel mai mic indiciu de ideație suicidară sau intenție de suicid. Integrarea familiei, prietenilor și a resurselor din comunitate în planul de terapie poate facilita menținerea contactului cu pacientul prin verificarea stării pacientului[17] și poate oferi sprijin social suplimentar. Stabilirea unui raport cu pacientul și îmbunătățirea constantă a alianței terapeutice vor duce la o implicare mai activă a pacientului în tratament și în alte intervenții comportamentale. Discutând cu Darius despre așteptările dumneavoastră ca terapeut și despre așteptările sale în calitate de client puteți preveni neînțelegeri viitoare și stabili scopuri rezonabile privind rezultatele terapiei. Colaborarea cu clientul în privința planificării tratamentului este esențială, iar terapeuții ar trebui să folosească cele mai bune practici și terapii susținute empiric, luând în considerare și aspectele culturale (Comas-Díaz, 2012; Hays, 2016). În propria noastră practică și întrucât studiile nu au arătat până acum că există un model de terapie mai eficient decât altele (Wampold, 2001), preferăm să utilizăm o abordare transversală, pe care o adaptăm fiecărui caz. Abordarea propusă de programul STS se bazează pe principii derivate empiric despre modul în care pacientul, contextul și factorii de tratament interacționează cu scopul de a optimiza schimbarea. Acest program, folosit pentru evaluarea inițială în cazul descris în acest capitol, oferă îndrumare în privința dezvoltării unui plan de tratament bazat pe principii și țintind punctele forte ale pacientului. Gradul înalt de deteriorare funcțională și caracterul cronic al tulburării de care suferă Darius ne conduc în direcția planificării unei intervenții pe termen lung, urmărind dezvoltarea de către pacient a unui sistem sănătos de sprijin social. Dat fiind nivelul de rezistență arătat de Darius, vom prefera intervențiile evocative și nu directive. În fine, dat fiind stilul său de coping bazat pe internalizare, vom pune accentul pe proceduri care ajută la dezvoltarea insight-ului și a capacității de înțelegere ca mediatori ai schimbării (Castonguay & Beutler, 2006).

---

[17] În original **wellness checks** — acțiuni ce pot fi întreprinse de prieteni, familie sau poliție pentru a verifica dacă o persoană se află la domiciliu și este în stare bună de sănătate. (N.t.)

În formularea tratamentului, concluzionați că Darius vrea în mod fundamental să aibă parte de acceptare și dragoste din partea tatălui său, iar lipsa acceptării din partea tatălui l-a condus spre o depresie adâncă și cronică, din cauza căreia au apărut și celelalte simptome dezadaptative și autodistructive. Explorarea acestei teme centrale îl poate ajuta pe Darius să câștige un control mai bun asupra comportamentului și stării sale emoționale.

Tulburările majore depresive prezintă deseori o importantă dimensiune de risc, drept pentru care este foarte bine să-i recomandați pacientului să se adreseze și unui psihiatru sau altor furnizori de servicii medicale. În acest fel, abordarea tratamentului și a procesului de recuperare va fi de tip integrat, acoperind cât mai multe dintre sferele din viața pacientului care pot fi afectate de depresie.

Darius a refuzat recomandarea inițială de a urma un tratament cu antidepresive, însă a fost de acord să-și urmeze mai conștiincios tratamentul pentru ADHD. Rezistența sa la ideea de tratament medicamentos se poate datora rușinii sau stigmatului asociat cu intervenția psihiatrică în general, drept pentru care faceți recomandarea ca terapeutul lui Darius să țină cont și de acești factori în terapie.

Conform modelului STS, este important să descriem fazele schimbării în timp (vezi Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986), astfel încât pacientul să știe la ce să se aștepte. Starea afectivă a lui Darius, incluzând lipsa de speranță, stima de sine scăzută și autodepreciere, se va modifica relativ repede dacă el se angajează activ în terapie și are încredere în terapeut și tratamentul propus. Simptomele mai complexe, cum ar fi tiparele dezorganizate de alimentație și relațiile sociale depresogene se vor schimba mai greu, pe parcursul mai multor luni. Va fi nevoie de și mai mult timp pentru a determina o schimbare la nivelul temerilor și nevoilor care stau la baza suferinței lui Darius în raport cu respingerea sa de către tată și cu autodeprecierea de care dă dovadă (Beutler & Harwood, 2000). Etapele inițiale ale tratamentului se vor concentra asupra dezvoltării încrederii, probabil chiar asupra dezvoltării unor noi relații sociale. Ședințele ulterioare se pot concentra mai mult asupra schimbărilor de la nivelul simptomelor clientului și, în cele din urmă, asupra conflictelor cu tatăl său și cu sine însuși (prin autodeprecierea manifestată). Pentru a-și înfrânge aceste frici, Darius va trebui să ajungă la o bună autocunoaștere și să învețe să-și asume riscuri. Evoluția și recuperarea pacientului se vor derula mai ușor dacă accentul va fi pus pe punctele forte ale sale, și nu doar pe patologie, simptome, puncte slabe și lipsuri.

În fine, trebuie să țineți cont de factorii ce țin de cultură și etnie atunci când alegeți natura și tiparul de intervenție. De exemplu, mulți pacienți afro-americani spun că le este rușine să ceară ajutor pentru probleme de sănătate mentală, iar stigmatul asociat căutării ajutorului specializat în afara familiei poate împiedica accesul la tratament (Sanders Thompson, Bazile & Akbar, 2004). O psihoterapie ce este atentă la aspectele culturale ține cont de natura sistemelor de ajutorare, precum și de credințele și preferințele pacientului, lucruri ce vor ieși la iveală încă de la începutul evaluării și tratamentului.

Referințe bibliografice

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie 2010 și 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Beutler, L.E., Clarkin, J.F., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York, NY: Oxford University Press.

Beutler, L.E., & Harwood, T.M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: The treatment of co-morbid depression and substance abuse*. http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780195136692.001.0001

Beutler, L.E., Williams, O.B., & Norcross, J.N. (2008). *Innerlife.com* [Cloud mobile platform].

Castonguay, L., & Beutler, L. (coord.). (2006). *Principles of therapeutic change that work: Vol. 1. Integrating relationship, treatment, client, and therapist factors*. New York, NY: Oxford University Press.

Comas-Díaz, L. (2012). *Multicultural care: A clinician's guide to cultural competence*. Washington, DC: American Psychological Association.

Harvard School of Public Health. (iulie 2008). *Means matter: Lethal means counseling*. Accesat la: http://www.hsph.harvard.edu/means-matter/lethal-meanscounseling

Hays, P.A. (2016). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), Public Law 104-191.

Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*, 159–164.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of *DSM–II–R* psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8–19.

Kessler, R.C., & Walters, E.E. (1998). Epidemiology of *DSM-III-R* major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety, 7*, 3–14.

Kessler, R.C., Zhao, S., Blazer, D.G., & Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders, 45*, 19–30. http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00056-6

Kupfer, D., Frank, E., & Wamhoff, J. (1996). Mood disorders: Update on prevention of recurrence. În C. Mundt & M. Goldstein (coord.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 289–302). Londra, Marea Britanie: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.

Lambert, M., Hansen, N., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G., Reisinger, C. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ–45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.

Lewinsohn, P., Clarke, G., Seeley, J., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*, 809–818. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199407000-00006

Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation.

Sanders Thompson, V., Bazile, A., & Akbar, M. (2004). African Americans' perceptions of psychotherapy and psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 19–26. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.35.1.19

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

World Health Organization. (1993). *ICD–10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice*, București, Editura Trei, 2016.

7

F40.1 Fobia socială

Maryann E. Owens, Deborah C. Beidel și Jennifer A. Scheurich

Fobia socială reprezintă o teamă pregnantă de interacțiuni sociale, atât individuale, cât și în cadrul unui grup. Printre situațiile ce pot inspira teamă se numără conversațiile de socializare, întâlnirea unor persoane necunoscute, actul de a fi observat consumând mâncare sau băutură în public ori susținând un spectacol în public, un concert sau un discurs, de exemplu. Aproximativ 11% din populație suferă de fobie socială la un moment dat pe parcursul vieții (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky & Wittchen, 2012). Persoanele cu fobie socială se tem că vor face sau spune ceva ce va fi evaluat negativ de către ceilalți. Gradul de severitate a fobiei sociale poate varia, însă simptomele afectează într-o măsură semnificativă funcționarea socială, ocupațională și școlară. Persoanele cu fobie socială fac eforturi speciale pentru a-și ascunde teama și încearcă să-și ascundă simptomele fiziologice tipice, cum ar fi bătăile accentuate ale inimii, transpirație și înroșirea feței. Înroșirea feței pune cele mai multe probleme, fiind o reacție de tip anxios ușor de observat de către ceilalți, drept pentru care persoana în cauză se simte și mai jenată nu doar din cauza interacțiunii sociale, ci și fiindcă este îngrijorată că această manifestare vizibilă de anxietate va fi judecată negativ de către ceilalți. Astfel se creează un cerc vicios al distresului — anxietatea socială, credința că ceilalți îți percep nivelul de disconfort, apoi și mai multă anxietate — ducând la un tipar de evitare socială și deteriorare funcțională.

Cazul

Prima persoană programată pentru astăzi la clinica universitară este Elizabeth, o femeie caucaziană în vârstă de 38 de ani, care locuiește într-un apartament mic alături de cei doi fii ai săi (în vârstă de 9 și, respectiv, 11 ani). Elizabeth s-a mutat în cartier acum 10 ani, imediat după ce a rămas însărcinată cu cel de-al doilea copil. Din cum se prezintă, deduceți că este o persoană inteligentă, plăcută și cooperantă, foarte puțin asertivă. Sunteți nevoit să o rugați pe Elizabeth să vorbească mai tare, fiindcă nu puteți să o auziți. Pare vizibil anxioasă: atât mâinile, cât și vocea îi tremură. Elizabeth vă mărturisește că fusese „foarte anxioasă" în legătură cu programarea și că era să nu mai vină.

În momentul prezent, Elizabeth nu mai trăiește alături de soțul ei, cu care s-a căsătorit acum 15 ani, din cauza neîncetatelor abuzuri verbale și emoționale. Spune că toată viața s-a luptat cu o stare de acută anxietate în contextul situațiilor sociale, însă spune că simptomele s-au agravat în timpul separării: „Cred că mereu m-am ascuns în spatele soțului meu. Acum, că trebuie să mă descurc singură, la slujbă, în problemele ce țin de casă sau să-mi fac singură prieteni, sunt îngrozită!". Descrie modul în care abuzurile soțului ei i-au afectat stima de sine și încrederea în sine (vezi Foran, Beach, Smith Slep, Heyman & Warnboldt, 2013; Healy, 2014): „Mereu îmi spunea că eram tâmpită sau idioată și îmi zicea că aveam noroc să-l am pe el, pentru că nimeni altcineva n-ar fi vrut să aibă de-a face cu mine. Iar eu îl credeam."

Elizabeth declară că vrea să-și dezvolte sentimentul identității personale și să devină independentă. Regretă că n-a făcut facultatea, iar anul trecut a vrut să urmeze niște cursuri de certificare în profesia de asistent de terapie fizică la o facultate din localitate, însă a fost la un singur curs și apoi a abandonat: „Nu mai fusesem la cursuri de atâta timp, de când terminasem liceul. Mi-a fost prea greu să țin pasul cu profesorul. Toți ceilalți studenți erau tineri și păreau că pricep totul și că se cunosc bine între ei. Mi se părea că o să mă fac de râs. Când am aflat că la sfârșitul semestrului trebuia să susținem un discurs în fața tuturor... am plecat și nu m-am mai întors".

Elizabeth spune că are nevoie să-și găsească urgent o slujbă pentru a se întreține pe ea și pe copiii ei, însă e îngrozită la gândul că se va face de râs la interviul pentru slujbă. Povestește cum a fost invitată la un moment dat la un interviu pentru o slujbă, însă a trăit o stare atât de intensă de anxietate doar la gândul că va merge la interviu, încât a abandonat proiectul: „M-am îmbrăcat frumos pentru interviu, m-am urcat în mașină, însă m-am simțit atât de copleșită, încât am stat în mașină timp de o oră închipuindu-mi cum se vor uita toți la mine." Elizabeth declară că se descurcă foarte greu în situațiile în care trebuie să fie în centrul atenției, să interacționeze cu persoanele aflate în poziție de autoritate și să fie asertivă. Relatează că trăiește o stare profundă de anxietate când întâlnește persoane noi, când merge la o petrecere sau când poartă conversații în care nu știe ce să zică sau să facă, declarând: „Mi-e teamă că oamenii se vor uita la mine ciudat dacă se va întrerupe brusc o conversație sau o să uit ce să spun".

Elizabeth declară că aceste frici îi afectează toate domeniile vieții. Din cauza acestor probleme se simte tristă „pe scurt, în majoritatea zilelor", prezentând un anumit grad de ideație suicidară pasivă: „N-aș recurge la măsuri extreme, însă uneori mă gândesc că ar fi bine dacă nu m-aș mai trezi." Este îngrijorată că fiii ei ar putea să-i preia unele obiceiuri, iar ea vrea să fie un bun exemplu pentru ei.

După ce notați aceste informații, o întrebați pe Elizabeth ce vrea să obțină de la ședințele de psihoterapie. Se înroșește și ezită să răspundă, însă peste câteva momente, la încurajarea dumneavoastră, precizează următoarele scopuri:

1. să-și reducă anxietatea în situațiile sociale, astfel încât să aibă încredere în sine și să nu se mai simtă copleșită;
2. să fie capabilă să meargă la interviurile pentru slujbă, să participe la interviu și — speră ea — chiar să obțină o slujbă;
3. să întâlnească persoane noi și să-și facă noi prieteni;
4. să fie mai asertivă și să-și susțină drepturile, astfel încât să nu se mai simtă „ca un preș";
5. să se simtă mai bine atunci când este în centrul atenției sau susține un discurs în public;

   și
6. să nu se mai simtă atât de tristă și să nu mai fie atât de critică față de ea însăși tot timpul — să se simtă fericită în majoritatea timpului.

Evaluarea conform ICD-10-CM

Efectuarea unei evaluări corecte este cel mai important pas în conceptualizarea unui caz. Judecata clinică și cunoașterea literaturii de specialitate sunt esențiale pentru sintetizarea informației, interpretarea rezultatelor și oferirea unor recomandări adecvate.

ACTIVITATEA 7.1:

Ce puteți face în cadrul procesului de evaluare pentru a începe construirea unei abordări utile în lucrul cu Elizabeth, având în vedere scopurile propuse? De ce informații suplimentare aveți nevoie în procesul de evaluare și diagnosticare?

Dată fiind multitudinea de chestionare și metode de diagnostic, uneori nu mai știm de unde să începem. Este bine să vă formulați ipotezele de diagnostic pe baza acuzelor prezentate de pacient. Apoi, gândiți-vă ce alte informații vă mai sunt necesare pentru a confirma sau nu ipotezele formulate, ce instrumente de evaluare să folosiți și în ce fel ar contribui acestea la identificarea diagnosticului.

În fața unui caz de anxietate în situații sociale este important să adunați cât mai multe informații cu putință, întrucât anxietatea în situații sociale poate fi cauzată de mai multe tipuri de tulburări, cum ar fi depresia, tulburarea de panică sau tulburarea de adaptare. Ce altceva ați mai vrea să știți în legătură cu Elizabeth? În primul rând, trebuie să vă lămuriți cu privire la diversele emoții și evenimente de viață prin care a trecut și trece Elizabeth. Printre acestea se numără depresia, simptomele de panică și separarea maritală. Deseori, persoanele deprimate se izolează de ceilalți din pricina lipsei de energie și interes. Și totuși, depresia poate fi, la rândul ei, o consecință a unei anxietăți ce se manifestă de mult timp în contexte sociale. Elizabeth a raportat și unele simptome de panică. Apar doar în situații sociale sau stresante sau apar „din senin"? Separarea maritală provoacă stres. Oare emoțiile pe care le trăiește se datorează eșecului căsătoriei sale și sunt doar rezultatul unei relații abuzive? Sau, de fapt, aceste emoții au făcut-o să-și aleagă un partener despre care credea că „va avea grijă de ea"? Este important să înțelegeți relațiile dintre sentimentele, comportamentele și experiențele din viața lui Elizabeth pentru a efectua evaluarea și a recomanda un plan de tratament.

Puteți lua în calcul administrarea unor instrumente de autoevaluare pentru simptomele anxioase și legate de dispoziție, precum și un instrument de evaluare a personalității, toate bazate pe autoraportare. Personality Assessment Inventory este util pentru evaluarea personalității adulților. Scalele de fobie și anxietate socială numite Social Phobia Scale și Social Interaction Anxiety Scale au fost validate pentru uzul cu pacienți ce au probleme, experiențe și tulburări ce intră în sfera anxietății (Brown și colab., 1997). Dacă aveți resursele necesare, ar fi utilă și o evaluare a comportamentului lui Elizabeth în timpul interacțiunilor sociale. Îi mai puteți da și niște fișe de automonitorizare pentru a înregistra dispoziția și nivelul de anxietate pe parcursul săptămânii. Monitorizând când și unde apar diversele emoții resimțite de Elizabeth, veți începe să înțelegeți care sunt factorii precipitanți sau asociați. Aceste metode nu doar vă ajută în stabilirea unui diagnostic, dar puteți utiliza informațiile obținute ca nivel de referință în funcție de care veți monitoriza progresul lui Elizabeth.

Diagnosticul conform ICD-10-CM

În acest moment există mai multe posibilități de diagnostic în cazul lui Elizabeth, de la fobie socială la tulburare depresivă, tulburare de panică, tulburare de adaptare, tulburare de personalitate sau o combinație de mai multe tulburări. Veți parcurge mai ușor etapa diagnosticului diferențial dacă vă veți raporta la un manual cu criterii de diagnosticare a tulburărilor mentale (vezi Schaffer & Rodolfa, 2016, capitolul 10, pentru resurse suplimentare).

Potrivit *Cărții albastre* (Organizația Mondială pentru Sănătate [OMS], 1993) diagnosticul de fobie socială (F40.1) se pune atunci când persoana fie are o teamă marcată de a se afla în centrul atenției sau de a se comporta într-un mod stânjenitor sau umilitor, fie persoana evită în mod special să se afle în centrul atenției sau în situații în care se teme că s-ar putea comporta într-un mod stânjenitor sau umilitor. Elizabeth a declarat că simte o stare accentuată de anxietate atunci când se află în situații sociale de diverse tipuri și se teme că va fi judecată de ceilalți și evaluată în mod negativ. Este clar că simptomele îi provoacă o deteriorare semnificativă și un disconfort vizibil. De exemplu, anxietatea o împiedică să termine facultatea și să obțină o slujbă nouă, de care are nevoie pentru a putea să aibă grijă de ea însăși și de copiii ei.

ACTIVITATEA 7.2:

Este depresia diagnosticul principal în cazul lui Elizabeth? Ce alte diagnostice sunt posibile și de ce?

În acest moment, nu aveți suficiente informații pentru a stabili un diagnostic de depresie (F32.*x*, F33.*x*, F34.*x* sau F.39). Cu toate acestea, dată fiind rata înaltă de comorbiditate între depresie și fobie socială, este important să explorați acest aspect.

Printre criteriile esențiale în diagnosticarea depresiei se numără debutul, evoluția, durata, numărul și severitatea simptomelor, precum și gradul de deteriorare funcțională (OMS, 1993). Elizabeth a spus că se simte deprimată „pe scurt, în majoritatea zilelor". Este bine să clarificați ce anume înseamnă *pe scurt*: câteva minute, ore sau este vorba de altceva? Ce trebuie să rețineți este că nu este bine să presupuneți că înțelegeți ce vor să spună ceilalți doar fiindcă folosesc expresii comune. Explorați ce anume înseamnă aceste expresii comune pentru ei. În privința ideației suicidare pasive raportate de Elizabeth, cât de des are acest tip de gânduri? Există anumite momente când aceste gânduri îi trec cu precădere prin minte? De asemenea, este util să înțelegeți căror factori atribuie ea depresia ei.

Dacă, în urma explorărilor, stabiliți că Elizabeth suferă într-adevăr de depresie, este important să stabiliți care este diagnosticul principal și care este diagnosticul secundar. De multe ori, persoanele cu fobie socială spun că se simt deprimate din cauza anxietății pe care o resimt. Se izolează de ceilalți, iar uneori fie nu au o slujbă, fie nivelul de calificare solicitat de slujba pe care o au este inferior studiilor absolvite. Conform spuselor lor, dacă ar fi mai sigure pe sine în situațiile sociale și și-ar face prieteni, nu s-ar mai simți așa „deprimate". Alteori, persoanele care sunt deprimate se simt prea letargice și nemotivate să interacționeze cu ceilalți, iar anxietatea socială pe care o trăiesc se leagă de senzația lor că nu sunt bune de nimic. În acest caz, e mai probabil ca depresia să fie diagnosticul principal. Sunt câteva indicii care arată că anxietatea socială ar putea fi problema centrală în cazul lui Elizabeth: anxietatea ei extremă ce reiese atât din acuze, cât și din observațiile realizate în timpul primei ședințe, declarația ei că s-a luptat toată viața cu o stare intensă de anxietate în situațiile sociale, numeroase situații în care anxietatea și teama de a nu se face de rușine în public i-au blocat încercările de a-și îmbunătăți calitatea vieții (abandonarea studiilor și neprezentarea la interviul pentru slujbă) și, foarte important pentru diagnosticul diferențial, faptul că Elizabeth însăși spune că sentimentul ei de tristețe se datorează dificultăților prin care a trecut din cauza anxietății.

Elizabeth spune că uneori îi bate inima așa de tare, încât aproape că îi sare din piept, ceea ce poate reprezenta un simptom al unui atac de panică. Ar fi bine să explorați acest subiect și să vedeți dacă Elizabeth a mai avut și alte simptome, precum dureri în piept, senzație de sufocare, amețeală sau sentimentul că lumea este ireală. Uneori, persoana care are un atac de panică are impresia că moare sau își pierde mințile în momentul respectiv. Însă Elizabeth a declarat că aceste simptome apar doar la gândul unui interviu pentru slujbă. În cazul unei tulburări de panică (F41.0), debutul simptomelor este imprevizibil. Prin urmare, probabil că putem exclude diagnosticul de tulburare de panică, însă prudent ar fi să nu ignorăm aceste simptome și să o întrebăm pe Elizabeth periodic dacă au reapărut.

Un alt aspect de explorat îl reprezintă recenta ei separare de soțul ei. Deși privește separarea de soțul abuziv drept un lucru pozitiv, Elizabeth v-a mărturisit că este îngrijorată de cât de greu îi va fi să se adapteze la viața de persoană singură, să aibă singură grijă de cei doi fii și să devină mai independentă. La o primă privire, diagnosticul de tulburare de adaptare (F43.2) pare să i se potrivească. Tulburările de adaptare sunt caracterizate de suferință subiectivă și perturbare emoțională în raport cu un factor de stres psihosocial identificabil (OMS, 1993), iar persoana reacționează la evenimentul stresant cu depresie, anxietate sau comportament dezadaptativ. Deși acest diagnostic pare să explice simptomele lui Elizabeth, acestea trebuie să fie consecința secundară a unui eveniment stresant. Elizabeth spune că a trăit simptome de anxietate socială cu mult înainte de separarea de soțul ei. Deși simptomele au fost exacerbate de separare și pot da impresia unui diagnostic de tulburare de adaptare, am putea considera că această separare a înlăturat de fapt una dintre strategiile ei principale de evitare, și anume faptul de „a se ascunde în spatele soțului", ceea ce făcea de mai mulți ani. Persoanele ce suferă de tulburări de anxietate găsesc deseori modalități de a evita obiectul sau situația de care se tem, evitare ce are drept răsplată reducerea anxietății. Într-un final, comportamentul de evitare se poate amplifica, devenind dezadaptativ. În cazul de față, Elizabeth îl folosea pe soțul ei ca scuză pentru a evita situațiile sociale de care se temea. Pe baza acestei informații, diagnosticul de fobie socială continuă să fie cel mai potrivit în situația lui Elizabeth.

S-ar putea, de asemenea, ca Elizabeth să întrunească simptomele unei tulburări de personalitate, cum ar fi tulburarea de personalitate dependentă (F60.7). Tulburarea de personalitate dependentă se caracterizează printr-o dependență pervazivă de ceilalți pentru a lua decizii privind viața persoanei. Se asociază des cu teama de abandon, sentimentul de lipsă de speranță și complianța pasivă. În acest moment, dat fiind că nu avem alte informații, acest diagnostic este doar o speculație. Ar trebui să știm mult mai multe pentru a-l lua în considerare în mod real. Oricare ar fi diagnosticul oficial, totuși, pentru a înțelege tiparele comportamentale ale lui Elizabeth și modul în care s-ar putea raporta la tratament, va trebui să fim atenți la simptome precum dependența excesivă de ceilalți, subordonarea propriilor nevoi nevoilor celorlalți, precum și sentimentul de incompetență.

Elizabeth se teme că va fi judecată negativ în situații sociale, lucru care îi afectează calitatea vieții. Aceasta pare să fie dinamica centrală în cazul de față; prin urmare, este clar că Elizabeth îndeplinește criteriile pentru diagnosticul de fobie socială (F40.1*x*). Pentru a evalua severitatea simptomelor de depresie și panică, gradul de adaptare și personalitatea, aveți nevoie de mai multe informații. Un punct de plecare ar fi să o încurajați pe Elizabeth să completeze fișele de automonitorizare pentru a observa care este dispoziția ei afectivă pe parcursul unei zile. În acest fel, atât dumneavoastră, cât și Elizabeth veți avea mai multe informații, chiar o înțelegere profundă, în legătură cu tiparele ei comportamentale, cognitive și emoționale. Chiar și după identificarea diagnosticului principal, este important să monitorizați și celelalte simptome, întrucât pot apărea și dispărea în raport cu factorii de stres. Este deosebit de important să monitorizați ideația și comportamentele suicidare.

Considerații etice — cum să vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 7.3:

Ce măsuri speciale de siguranță și protejare a vieții private ar trebui luate în cazul lui Elizabeth? Aveți vreo responsibilitate de a asigura starea de bine a copiilor lui Elizabeth și, dacă da, care este responsabilitatea dumneavoastră?

Este important să luați toate măsurile necesare pentru a-i asigura fiecărui pacient, indiferent de simptomele cu care se prezintă, siguranța și dreptul la viață privată. Două potențiale probleme puse în evidență de evaluarea pe care i-ați făcut-o lui Elizabeth sunt ideația pasivă suicidară și faptul că locuiește singură cu doi copii mici, după ce a ieșit dintr-o relație abuzivă.

Cu privire la ideația suicidară, va trebui să înțelegeți foarte bine natura și severitatea gândurilor de suicid ale lui Elizabeth (vezi și capitolele 6 și 15, din acest volum). Severitatea simptomelor suicidare poate varia în funcție de factorii de stres din viața de zi cu zi. De exemplu, într-o zi mai stresantă, Elizabeth poate remarca o intensificare a gândurilor suicidare. Dat fiind că starea afectivă zilnică (și nu doar diagnosticul) are o influență asupra gândurilor de suicid, va trebui să o întrebați despre aceste gânduri la începutul fiecărei întâlniri pe care o veți avea cu ea. Deși există diverse chestionare bazate pe autoevaluare care pot fi folosite pentru măsurarea simptomelor suicidare, acestea nu pot înlocui întrebarea directă din partea dumneavoastră, în calitate de psihoterapeut al ei. Știind că nu este o problemă pentru dumneavoastră să discutați aceste gânduri, și lui Elizabeth îi va fi mai ușor să vă mărturisească dacă ele devin mai frecvente sau mai intense, mai ales dacă acest lucru se întâmplă între ședințele de psihoterapie. Deși, în momentul de față, gândurile sale de suicid pot fi pasive și trecătoare, va trebui să vă asigurați că nu dezvoltă vreun plan sau intenție reală. Ar fi bine ca, împreună cu Elizabeth, să puneți pe hârtie un plan de siguranță care să o ajute să-și identifice strategiile de coping la care poate apela dacă gândurile de suicid încep să o copleșească.

Dat fiind că v-a spus că s-a despărțit recent de un soț abuziv, dilema etică este dacă trebuie să raportați acest lucru. Ar fi bine să o întrebați pe Elizabeth despre natura abuzului pe care l-a trăit (fizic, emoțional, sexual, verbal etc.) și dacă abuzul l-a trăit doar ea sau și copiii ei au fost victime. Asigurați-vă că Elizabeth înțelege bine că sunteți obligat de lege să anunțați autoritățile (vezi și capitolul 3 din acest volum), dacă vă spune despre abuzuri fizice sau sexuale comise împotriva minorilor. Potrivit legislației, persoanele care îndeplinesc anumite profesii (sau chiar toți cetățenii, indiferent de profesie, potrivit legislației din mai multe state) trebuie să raporteze autorităților anumite situații de criză. Există obligația legală de a raporta orice suspiciune de abuz asupra unui copil sau neglijare a acestuia (Child Welfare Information Gateway, 2014). Înainte să începeți orice fel de evaluare sau tratament, trebuie întotdeauna să obțineți consimțământul informat al pacientului, proces în timpul căruia îi veți oferi informațiile necesare și veți obține permisiunea pentru intervenție (vezi *Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită* (APA Ethics Code) [APA; 2017], Standardul 3.10, Consimțământul informat, și Secțiunea 4: Dreptul la viață privată și confidențialitate). În cadrul informării clientului trebuie să-i explicați că sunt situații în care sunteți obligat să încălcați confidențialitatea, cum ar fi situațiile de abuz sau neglijare a unui copil.

În privința respectării dreptului la viață privată, trebuie avute în vedere anumite măsuri de precauție. La fel ca pentru toți clienții, fișa lui Elizabeth trebuie păstrată în siguranță. În clinica în care activați, fișa poate fi accesată doar în caz de nevoie. În exteriorul clinicii, fișa poate fi dezvăluită doar pe baza acordului scris al lui Elizabeth (vezi Codul de etică al APA, Standardul 6). În plus, dat fiind că sunteți la curent cu relația abuzivă și pasibilă de litigiu dintre Elizabeth și soțul său, este bine să fiți extrem de precaut și să nu dezvăluiți faptul că vă este clientă niciunei persoane (deci nici soțului ei) care sună la clinică pentru a se interesa despre situația lui Elizabeth sau tratamentul pe care îl primește.

În timpul procesului de evaluare și tratament, nu uitați că Elizabeth a mărturisit că are probleme în a se impune în fața altor oameni, mai ales în fața unor persoane cu autoritate.

Psihologul clinician are prin natura profesiei un rol ce presupune o poziție de autoritate, deci va trebui să nu scăpați din vedere faptul că Elizabeth probabil va ezita să vă contrazică sau să-și exprime nemulțumirea față de serviciile oferite. Deși majoritatea oamenilor înțeleg că trebuie să-și confrunte anxietatea pentru a o putea trata, unele persoane se sperie la ideea că trebuie să-și „înfrunte fricile". Modul în care își exprimă dezacordul sau nemulțumirea se poate manifesta sub forma nefrecventării ședințelor de terapie, neefectuării temelor dintre ședințe sau chiar prin terminarea colaborării. Nu uitați, deci, să fiți atent la aceste semne în cazul lui Elizabeth.

Pentru a încuraja participarea activă a lui Elizabeth, explicați-i că terapia se face prin colaborare și că părerea ei este binevenită. Explicați-i clar logica tratamentului și de ce este rugată să se implice în anumite activități. În anumite situații, aceste explicații trebuie date de mai multe ori pentru ca pacientul să ajungă să se simtă confortabil. Încurajați dezvoltarea unei atmosfere de colaborare ascultând pacientul cu atenție și făcând modificări care se potrivesc cu planul de tratament. Aceste strategii o vor ajuta pe Elizabeth să-i fie mai ușor să se exprime mai asertiv.

Managementul riscurilor — cum vă protejați pacientul și cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 7.4:

Ce probleme pot apărea în legătură cu modul în care vă protejați în timpul tratamentului lui Elizabeth, mai ales ținând cont de faptul că terapia pentru fobie socială se desfășoară uneori în locuri publice?

Puteți face mai multe lucruri pentru a vă proteja în calitate de psiholog clinician. Mai întâi, asigurați-vă că aveți pregătirea și competența necesară pentru a face evaluarea unui client precum Elizabeth. Odată ce se stabilește diagnosticul, trebuie să decideți dacă aveți competența necesară pentru a oferi un tratament eficient (vezi Codul de etică al APA, Standardul 2). După cum am mai spus, terapia prin expunere in vivo este terapia de elecție pentru persoanele cu fobie socială. Pentru a putea oferi acest tip de tratament, trebuie să aveți nu doar o bună cunoaștere a teoriilor și tehnicilor necesare, dar, preferabil, și experiență sub supervizare în oferirea tratamentului in vivo. Dacă nu aveți competența necesară și nu aveți nici posibilitatea de a fi supervizat, ar trebui să trimiteți pacientul la un alt specialist. În privința ideilor suicidare, trebuie să faceți o evaluare detaliată a riscului de suicid și să fiți permanent atent la orice simptome ce au legătură cu suicidul (după cum am descris anterior). Consemnați conștiincios toate aceste informații în fișa ei de caz. În situația nefericită în care Elizabeth chiar se sinucide sau își face rău în vreun alt fel, va trebui să demonstrați, pe baza fișei pacientului, că nu vă faceți vinovat de neglijență.

Dacă veți aplica tratamentul in vivo și decideți să aplicați tehnici terapeutice prin care Elizabeth va trebui să-și înfrunte temerile într-un loc public, o strategie tipică pentru tratarea fobiei sociale, trebuie să țineți cont de anumite reguli pentru protecția dumneavoastră și a pacientului. Atunci când terapia se desfășoară în afara cabinetului, discutați înainte cu Elizabeth (sau faceți joc de rol) cum să răspundeți la întrebări de genul: „Ce faceți aici?" sau să faceți față unor întâlniri neașteptate cu persoane cunoscute lui Elizabeth. Să ne imaginăm că într-o ședință de terapie Elizabeth trebuie să-și înfrunte anxietatea socială mergând la mall și punând diverse întrebări vânzătorilor din magazine. În acest caz, trebuie să vă gândiți dinainte cum să faceți astfel încât să stați suficient de aproape de ea încât să auziți dacă aplică în mod corect ce ați stabilit în tratament și ce să faceți dacă o persoană vă recunoaște pe dumneavoastră sau o recunoaște pe Elizabeth și începe să pună întrebări. Este posibil ca cineva să o recunoască pe Elizabeth și să întrerupă activitatea. La fel, și pe dumneavoastră vă poate recunoaște un prieten care vrea să inițieze o conversație, ceea ce v-ar pune în imposibilitatea de a urmări desfășurarea ședinței terapeutice. Pentru a vă pregăti pentru acest tip de situații, faceți un plan împreună cu Elizabeth. De exemplu, dacă cineva începe să vorbească cu Elizabeth, plănuiți să părăsiți zona și să vă reîntâlniți cu Elizabeth mai târziu într-un loc discutat în avans. În acest fel scade riscul de încălcare a confidențialității și nici Elizabeth nu se va simți abandonată dacă va trebui să nu mai fiți lângă ea pentru a proteja dreptul ei la viață privată. În general, păstrați discreția cu privire la identitatea lui Elizabeth ca pacient în timp ce este implicată într-un exercițiu terapeutic.

Concluzii

ACTIVITATEA 7.5:

Uitați-vă din nou pe lista scopurilor propuse pentru terapie (descrise mai devreme în acest capitol). Evaluarea pe care i-ați făcut-o lui Elizabeth a avut un impact asupra definirii scopurilor și, dacă da, în ce fel? Care ar fi primul scop pe care l-ați avea în vedere?

Înainte de începutul unui tratament, terapeutul trebuie să știe ce anume trebuie să trateze și de ce. Este clar că principala problemă a lui Elizabeth este fobia socială. Simptomele depresive par să fie un răspuns la neputința sa de a interacționa cu alte persoane într-un mod în care să se simtă confortabil. Faptul că evită interviurile de slujbă indică un nivel exacerbat al anxietății, deși o reacție anxioasă este de așteptat într-o situație cu miză înaltă, precum un interviu pentru angajare. Lipsa abilităților sociale, precum și incapacitatea sa de a fi asertivă și de a-și exprima dorințele și nevoile creează un distres situațional, ducând la exacerbarea simptomelor. Pe baza evaluării și a precizării scopurilor terapiei, următorul pas logic este acela de a dezvolta un plan de tratament care să aibă în vedere exact fobia socială de care suferă. Planul de tratament poate fi modificat dacă pacienta nu progresează sau dacă simptomele de depresie sau simptomele unei alte tulburări devin mai evidente.

Elizabeth a menționat o serie întreagă de scopuri. În timpul evaluării, a declarat că are nevoie urgentă să-și găsească un serviciu pentru a se întreține pe ea și pentru a-și întreține copiii, însă anxietatea severă de care suferă o împiedică să meargă la interviuri pentru angajare. Din fericire, abilitățile necesare pentru a participa cu succes la un interviu pentru angajare (de exemplu: cum să întâlnești persoane noi, să fii asertiv, să faci conversație și să fii în centrul atenției) sunt importante și pentru alte forme de interacțiune socială. Prin urmare, puteți începe direct cu al doilea scop de pe lista lui Elizabeth — acela de a merge la interviuri pentru angajare. Dacă Elizabeth este în stare să-și reducă anxietatea astfel încât să facă față unei situații pline de tensiune cum ar fi un interviu pentru angajare, acest progres se va vedea, probabil, și în sfera altor interacțiuni mai puțin stresante.

În acest moment, terapia cognitiv-comportamentală (TCC) este terapia cel mai bine susținută empiric pentru tratarea fobiei sociale (Hays, 2009; Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004). Deși TCC este un termen-umbrelă sub care intră mai multe tipuri de intervenții, cum ar fi restructurarea cognitivă, relaxarea aplicată, temele pentru acasă și antrenarea abilităților sociale (vezi Henderson, 2014), cel mai eficient tratament pentru tulburările de anxietate este terapia prin expunere in vivo (Craske și colab., 2008). În timpul terapiei prin expunere, pacientul își confruntă temerile într-un mediu sigur și controlat, însă un mediu din viața de zi cu zi. Prin expunerea repetată la stimuli, însă neurmată de consecințe negative, suferința fiziologică și subiectivă a pacientului scade, printr-un proces numit *habituare*. Potrivit teoriei procesării emoționale, habituarea apare atunci când pacientul înmagazinează noi informații incompatibile cu vechea credință conform căreia stimulul de temut chiar era de temut (Foa, Huppert & Cahill, 2006). Cea mai teribilă frică a pacientului este confruntată fie imediat, fie gradual, în funcție de diverși factori care depășesc scopul acestui capitol. (Pentru o prezentare mai detaliată a modului în care se folosesc tehnicile de expunere intensivă sau graduală, vezi Beidel & Turner, 2007.) Dacă hotărâți să folosiți abordarea graduală, primul pas va fi acela de a stabili o ierarhie (Beidel & Turner, 2007). Pentru a crea această ierarhie, terapeutul lucrează cu pacientul pentru a identifica situațiile temute și a le ordona în funcție de intensitatea fricii (de la cea mai puțin temută la cea mai de temut situație), folosind o scală de tip Likert, uneori numită Scala unităților subiective de distres (SUDS). De exemplu, Elizabeth notează cu 4 intensitatea anxietății de a fi intervievată de o doamnă prietenoasă (*anxietate moderată*) și cu 8 intensitatea anxietății de a participa la un interviu de grup cu o comisie de intervievatori severi (*anxietate severă*). În genere, este bine să începeți expunerea cu o situație de anxietate moderată, întrucât va fi o provocare suficient de dificilă, însă fezabilă. Odată ce pacientul se obișnuiește cu sarcina respectivă, abordați următoarea situație ca nivel de anxietate și continuați în același stil până ajungeți la situația identificată ca fiind cel mai greu de tolerat din punctul de vedere al intensității anxietății pe care o provoacă pacientului.

În cazuri de fobie socială, o abordare multidimensională de obicei funcționează cel mai bine. Terapia prin expunere este bună pentru reducerea simptomelor anxietății, însă, de multe ori, patternurile de retragere socială și evitare manifestate de pacient înseamnă că pacientul nu și-a dezvoltat încă abilitățile sociale necesare pentru a se descurca în majoritatea situațiilor. Prin urmare, cel mai bine este să includeți un antrenament al abilităților sociale în planul de tratament (Beidel și colab., 2014). Îi puteți recomanda lui Elizabeth să participe la terapia eficienței sociale (Turner, Beidel, Cooley, Woody & Messer, 1994), o intervenție cu mai multe componente, constând din sesiuni individuale de expunere și antrenament de abilități sociale în cadrul grupului, cu teme pentru acasă în scopul promovării generalizării abilităților (Turner, Beidel & Cooley-Quille, 1997). În cadrul terapiei eficienței sociale, Elizabeth poate lucra asupra anxietății ei legată de interviurile de angajare prin ședințe individuale de expunere și poate să-și dezvolte abilitățile interpersonale și de prezentare, în ședințe de grup.

Referințe bibliografice

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie

2010 și 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Beidel, D.C., Alfano, C.A., Kofler, M.J., Rao, P.A., Scharfstein, L., & Wong Sarver, N. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 908–918. http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.016

Beidel, D.C., & Turner, S.M. (2007). *Shy children, phobic adults: The nature and treatment of social anxiety disorder* (2nd ed.). http://dx.doi.org/10.1037/11533-000

Brown, E.J., Turovsky, J., Heimberg, R.G., Juster, H.R., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment, 9*, 21–27. http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.9.1.21

Child Welfare Information Gateway. (2014). *Mandatory reporters of child abuse and neglect*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.

Craske, M.G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 5–27. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003

Foa, E.B., Huppert, J.D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. În B. O. Rothbaum (coord.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). New York, NY: Guilford Press.

Foran, H.M., Beach, S.R.H., Smith Slep, A.M., Heyman, R.E., & Warnboldt, M.Z. (coord.). (2013). *Family problems and family violence: Reliable assessment and the ICD–11*. New York, NY: Springer.

Hays, K.F. (2009). Performance anxiety. În K.F. Hays (coord.), *Performance psychology in action: A casebook for working with athletes, performing artists, business leaders, and professionals in high-risk occupations* (pp. 101–120). Washington, DC: American Psychological Association.

Healy, J. (2014). *Issues in society: Domestic and family violence*. Thirroul, Australia: Spinney Press.

Henderson, L. (2014). *Helping your shy and socially anxious client: A social fitness training protocol using CBT*. Oakland, CA: New Harbinger.

Kessler, R.C., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 21*, 169–184. http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1359

Rodebaugh, T.L., Holaway, R.M., & Heimberg, R.G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 24*, 883–908. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.007

Schaffer, J., & Rodolfa, E. (2016). *A student's guide to assessment and diagnosis using the ICD-10-CM: Psychological and behavioral conditions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Cooley, M.R., Woody, S.R., & Messer, S.C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour*

Research and Therapy, 32, 381–390. http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)90001-9

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Cooley-Quille, M.R. (1997). *Social effectiveness therapy:A therapist's guide*. North Tonawanda, NY; Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.

World Health Organization. (1993). *ICD–10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice*,București, Editura Trei, 2016

F41.1 Tulburare de anxietate generalizată

Natacha M. R. Foo Kune și Sinéad Unsworth

Tulburarea de anxietate generalizată (GAD[18]; F41.1) este o tulburare ce presupune suferință emoțională cronică, implicând o stare de anxietate generalizată și persistentă mai curând decât limitată la un anumit context de mediu. Simptomele variază, însă de obicei implică o stare de teamă, tensiune psihică și hiperactivate a sistemului nervos vegetativ (manifestată prin transpirație, amețeală și disconfort epigastric). Potrivit lui Kessler și colaboratorilor săi (2005), prevalența pe parcursul întregii vieți pentru tulburarea de anxietate generalizată este de 5,1% la nivelul populației adulte, femeile având un risc de 1,5–2 ori mai mare de a suferi de această tulburare (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011). Factorii de risc includ venitul financiar scăzut, rasa caucaziană, starea civilă ce implică văduvie, separare sau divorț (Breslau și colab., 2006; Grant și colab., 2005). În rândul studenților, tulburările anxioase (printre care și GAD) sunt printre cele mai des diagnosticate tulburări, depășind tulburările depresive (Center for Collegiate Mental Health, 2015).

---

[18] GAD — generalized anxiety disorder (acronimul în limba engleză al tulbării de anxietate generalizată). (N.t.)

GAD este, de asemenea, și diagnosticul de sănătate mentală pentru care indivizii solicită ajutorul serviciilor de asistență medicală primară (Wittchen, 2002). Din această cauză, colaborarea la nivelul echipelor de servicii medicale integrate este deosebit de utilă. Dacă o persoană se prezintă cu simptome de anxietate la departamentul medical al unui centru ce oferă servicii medicale integrate, comunicarea dintre furnizorii de servicii medicale și furnizorii de servicii de sănătate mentală eficientizează trimiterea pacienților către specialiștii în sănătate mentală, ceea ce înseamnă că pacienții vor primi cel mai bun tratament pentru tulburarea de care suferă.

Cazul

Imaginați-vă că lucrați ca psiholog într-un centru de servicii integrate de medicină și consiliere. Tocmai ați avut o primă întâlnire cu Amy, clienta dumneavoastră. Amy este o tânără de origine chinezo-americană, în vârstă de 19 ani, care studiază chimia la facultate și își definește orientarea sexuală ca fiind heterosexuală. A fost trimisă de medicul curant după ce a mers la centrul medical pentru studenți acuzând tremurături, stare de nervozitate, tensiune musculară, îngrijorare permanentă cu privire la orice, probleme stomacale și dificultăți de a adormi. Spune că își face griji mereu, de obicei cu privire la cursuri. Studiază multe ore pe zi, însă destul de ineficient — crede ea — întrucât nu se poate concentra. Notele ei au fost în scădere în ultimele două semestre. Nici cu prietenii nu prea se mai întâlnește, din cauza oboselii. Nu îi mai place să aibă activități sociale și observă că e cu „mintea aiurea".

Clienta pare să fie agitată și nu-și prea găsește locul. Răspunde vag la întrebările legate de starea sa de sănătate mentală, iar inițial este distantă și prudentă. Reușește cu greu să spună de ce a venit la consultație. Faceți presupunerea că reticența ei provine din faptul că este primul ei contact cu un psihoterapeut și probabil nu știe ce să spună sau la ce să se aștepte.

Fiind unicul copil al unei familii pe care o descrie ca fiind „o familie asiatică tradițională", Amy declară că părinții ei pun pe primul plan educația și succesul. Spune că există o așteptare implicită ca ea să se ocupe de părinții ei când ajung la bătrânețe și că este conștientă de sacrificiile pe care le-au făcut pentru ea. Amy spune că este prima din familia ei care merge la facultate. Tatăl ei este manager la un magazin alimentar, iar mama ei este cameristă la un hotel. Părinții ei locuiesc la o oră distanță de universitate, iar Amy stă la cămin. Deși este recunoscătoare pentru susținerea primită de la părinții ei, Amy resimte presiunea de a reuși și se teme că îi va dezamăgi dacă nu excelează la facultate. În copilărie era certată dacă nu avea doar note de 10. Se simte dezamăgită de ea însăși și acum, dacă ia o notă mai mică de 10 la examene.

Amy spune că anxietatea ei a debutat în clasa a 10-a, când a început să se simtă stresată în legătură cu notele și admiterea la facultate. Deși era elevă de nota 10, își făcea griji că s-ar putea să nu intre la universitatea la care voia. Chiar dacă prietenii ei ieșeau să socializeze în weekenduri, Amy spune că îi venea greu să se distreze și că de multe ori își petrecea timpul liber gândindu-se cum să rezolve tot ce avea de rezolvat. Recunoaște că a început să se izoleze din ce în ce mai mult și se simte tristă și singură uneori. Printre activitățile sale extracuriculare se numără rolul de președinte al unei asociații studențești, însă în afara responsabilităților legate de acest rol, nu mai acceptă decât rar invitații la întruniri sociale, fiindcă simte că nu are energia necesară. A observat, de asemenea, că reacționează cu sentimente de iritabilitate și frustrare față de sarcini care nu i-ar fi provocat atâtea emoții negative în trecut. Autocaracterizându-se drept o persoană care „gîndește în mod excesiv", Amy afirmă că se îngrijorează cu privire la „absolut orice": note, planuri de carieră, situația financiară și modul în care este percepută de ceilalți. Spune că a fost educată să se gândească la modul în care acțiunile sale au consecințe nu doar asupra sa, ci și asupra familiei și comunității.

Deși a venit la trimiterea medicului, este ambivalentă în legătură cu participarea la ședințele de psihoterapie, întrucât familia sa nu privește cu ochi buni tratamentele destinate sănătății mentale. Spune că ar vrea să facă schimbări în viața sa și că este dispusă să vină la câteva ședințe, ca să vadă dacă psihoterapia îi poate fi de ajutor. Menționează că un scop principal va fi să învețe cum să-și gestioneze anxietatea.

Evaluarea conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 8.1:

De ce informații suplimentare credeți că aveți nevoie pentru a putea stabili un diagnostic? Cum veți proceda pentru a obține aceste informații?

Înainte de a începe să ne gândim la diagnostice, trebuie să ne asigurăm că avem informațiile corecte. Pentru a obține informații utile în timpul interviului este bine să construim o relație bună cu clientul (Kinoshita & Hsu, 2006), mai ales dacă persoana nu a mai făcut psihoterapie și a fost învățată să nu vorbească despre familie cu oameni străini. Mai mult, o bună alianță este esențială pentru succesul tratamentului și reprezintă unul dintre factorii comuni din psihoterapie (Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn & Wampold, 2003).

În condițiile în care clienta dumneavoastră a spus că este anxioasă și își face mereu griji, ar fi bine să o întrebați și despre alte simptome de anxietate, cum ar fi respirația întretăiată, tensiune musculară și stare de neliniște. Întrucât unele simptome apar atât în depresie, cât și în anxietate, ar fi bine să vă întrebați clienta dacă are și simptome depresive, cum ar fi o stare depresivă, durata stării depresive, precum și existența ideilor suicidare. Pe măsură ce clienta infirmă sau confirmă simptomele, puteți începe să vă construiți o imagine mai clară a diagnosticului. Observați conținutul ideilor clientei dumneavoastră pentru a vă lămuri dacă este vorba de anxietate, depresie, ambele tulburări sau un diagnostic complet diferit. De exemplu, se poate spune că Amy vede ca pe o catastrofă neîndeplinirea scopurilor sale (ceea ce sugerează anxietate) sau crede despre sine însăși că este lipsită de orice valoare (ceea ce sugerează depresie)?

Diagnosticul conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 8.2:

Ce diagnostice vi se par adecvate în acest moment? Includeți toate potențialele diagnostice, pe baza informațiilor pe care le dețineți.

Încă de la începutul procesului de diagnosticare, ar fi bine să vă faceți o idee dacă simptomele sunt de durată mai îndelungată sau doar o reacție la un anume factor de stres. Dacă sunt o reacție la o schimbare nou apărută în viața clientei, vă puteți gândi la o tulburare de adaptare (F43.2) cu anumite trăsături specifice, cum ar fi tulburare de adaptare cu reacție anxioasă (F43.22) sau tulburare de adaptare cu reacție mixtă anxioasă și depresivă (F43.23). Cu toate acestea, datele pe care le-ați cules până acum nu indică existența unei anumite situații care să fi dus la declanșarea simptomelor. Puteți presupune și că debutul anxietății în clasa a 10-a se datorează anticipării plecării la facultate, o schimbare majoră în viața persoanei. Însă simptomele tulburărilor de adaptare nu durează mai mult de șase luni. Dat fiind că Amy are aceste simptome de patru ani, puteți exclude tulburările de adaptare. Observați cum folosim metoda științifică pentru a stabili ce diagnostic i se potrivește clientei. Mai întâi, formulăm o ipoteză (de exemplu, tulburare de adaptare). Apoi, ne uităm la dovezi pentru a descoperi care informații ne susțin ipoteza (de exemplu, anticiparea plecării la facultate ca schimbare majoră) și care informații ne infirmă ipoteza (de exemplu, durata ce depășește șase luni). La sfârșit, luăm o hotărâre bazată pe date (în acest caz, excluderea tulburărilor de adaptare).

Următorul pas este să vedem dacă simptomele clientei se potrivesc mai curând cu o tulburare de anxietate sau cu o tulburare depresivă (de exemplu, tulburare depresivă majoră, episod recurent [F33]). Unele simptome observate la clientă sunt incluse în lista de criterii atât pentru tulburările anxioase, cât și pentru tulburările depresive: nivel scăzut de energie, de putere de concentrare și de stimă de sine, precum și perturbări ale somnului. Ar fi util să vă întrebați clienta cât de prezentă este starea de tristețe în viața ei. Deși spune că nu petrece prea mult timp cu prietenii, acest lucru pare să fie mai curând consecința nivelului scăzut de energie decât a pierderii interesului. Presupunând că starea de deprimare nu este problema principală și că nu se poate vorbi despre anhedonie (lipsa plăcerii), se poate exclude diagnosticul de depresie.

Acum, că v-ați îndreptat atenția asupra tulburărilor anxioase, trebuie să aflați dacă anxietatea se manifestă sub formă de atacuri de panică sau de o manieră generalizată. Ar fi bine să o întrebați pe Amy dacă simptomele sale anxioase apar dintr-o dată și sunt severe sau sunt prezente în majoritatea timpului. Este important să puneți întrebări specifice despre simptomele de anxietate, întrucât de multe ori clienții nu-și dau seama că simptomele pe care le au sunt cauzate de anxietate. Se întâmplă astfel mai ales în cazul simptomelor fiziologice, pe care clienții le atribuie uneori problemelor medicale; de exemplu, presupun că ritmul cardiac mai rapid se datorează unor probleme la inimă și nu anxietății. Acest lucru ar putea fi relevant și în cazul lui Amy, întrucât ea a mers mai întâi la medic, care apoi a trimis-o la dumneavoastră. Amy relatează că simptomele nu au un debut brusc, dar spune că ea își face griji „tot timpul". Prin urmare, este probabil ca Amy să nu sufere de atacuri de panică.

Următorul pas este să vedeți dacă starea ei de anxietate are o cauză specifică sau generalizată. Această întrebare se leagă de ipoteza potrivit căreia Amy suferă de o formă specifică de fobie. Vă amintiți că Amy s-a referit de două ori la reducerea numărului interacțiunilor sociale, precum și la faptul că își face griji în legătură cu modul în care este percepută de ceilalți. Ar fi bine să vă gândiți dacă nu cumva se pune problema unei fobii sociale (F40.1*x*). Pentru a verifica această ipoteză, ar trebui să-i adresați întrebări prin care să explorați dacă teama de judecata negativă a celorlalți o face pe Amy să evite situațiile sociale. Există deja mai multe indicii, cum ar fi faptul că Amy obișnuia să socializeze mai mult în trecut, suficient de mult încât să se înscrie într-o asociație studențească și să fie aleasă președinta acesteia. În plus, a spus că nu prea mai socializează din cauza oboselii. Mai mult, lipsa distracțiilor din viața ei se leagă mai curând de faptul că își face mereu griji că nu apucă să termine tot ce are de făcut decât de o teamă de evaluarea celorlalți. Dat fiind că în trecut era mai activă social, precum și faptul că are motive specifice pentru a evita interacțiunile sociale, putem exclude un diagnostic de fobie socială.

Dacă anxietatea ei este una specifică, un alt diagnostic ar putea fi cel de tulburare obsesiv-compulsivă (F42). Amy spune că are gânduri de tip ruminativ, drept pentru care ar fi bine să explorați dacă aceste ruminații au caracter obsesiv. În cazul de față, gândurile ei recurente se leagă de sarcinile pe care le are de îndeplinit, însă Amy nu a spus că se străduiește să evite aceste gânduri, ceea ce ar fi un simptom clasic de tulburare obsesiv-compulsivă. Pentru Amy, aceste gânduri recurente aproape că fac parte din identitatea ei de „om care gândește prea mult". Mai mult, nu se angajează în comportamente stereotipe de tip compulsiv pentru a evita aceste gânduri. Comportamentele la care apelează pentru a-și reduce starea de anxietate sunt de tip productiv (rezolvarea sarcinilor pe care și le-a propus). În *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament: Descrieri clinice și îndreptare diagnostice* (*Cartea albastră*; Organizația Mondială a Sănătății, 1993) se sugerează că un comportament de tip compulsiv nu duce la îndeplinirea unor sarcini utile în sine. Cu alte cuvinte, Amy nu întrunește criteriile pentru un diagnostic de tulburare compulsiv-obsesivă.

Următorul diagnostic posibil este cel de tulburare de anxietate generalizată (F41.1). Într-adevăr, anxietatea ei acoperă diverse temeri și motive de aprehensiune (cu privire la note, percepția din partea altora, temeri despre „tot și toate"). Amy spune că simte tensiune motorie, mai ales tremurături și tensiune musculară. Simptomele ei se manifestă și la nivelul hiperactivării sistemului nervos vegetativ, ducând la problemele stomacale pe care le-a menționat. Simptomele durează de mai multe săptămâni sau luni și există dovezi ale unor episoade anterioare de anxietate. Prin urmare, simptomele de anxietate pe care le acuză se potrivesc diagnosticului de tulburare de anxietate generalizată (F41.1), care, în acord cu informațiile pe care le dețineți în acest moment, este cel mai probabil diagnostic. Înainte de a ajunge la o concluzie fermă, însă, mai trebuie să luați în considerare trei alte posibilități: neurastenie (F48.0), alte tulburări anxioase mixte (F41.3) și alte tulburări anxioase, specificate (F41.8).

În ICD-10-CM, diagnosticul de tulburare de anxietate generalizată (F41.1) menționează o excludere de tip 2 pentru neurastenie (F48.8), ceea ce înseamnă că neurastenia nu face parte din tulburarea de anxietate generalizată, iar clientul poate primi ambele diagnostice. Este bine, prin urmare, să verificați dacă Amy îndeplinește criteriile și pentru acest diagnostic. Clienta se plânge că este obosită și că i s-a diminuat nivelul de eficiență mentală, ceea ce reprezintă simptome de neurastenie. Însă principala acuză este aceea că își face griji permanent. Clienta a vorbit despre starea de oboseală de-abia mai târziu și doar când ați întrebat-o despre frecvența interacțiunilor sociale. Neurastenia este mai rar diagnosticată în Statele Unite, iar în cazul lui Amy oboseala pare mai curând un simptom al anxietății.

Diagnosticul de alte tulburări anxioase mixte ar putea fi luat în calcul. În cazul în care sunt prezente atât simptomele pentru tulburarea de anxietate generalizată (F41.1), cât și simptomele caracteristice pentru alte tulburări anxioase, trebuie să vă gândiți bine ce diagnostic ar fi mai potrivit. În cazul lui Amy nu sunt îndeplinite toate criteriile pentru alte tulburări anxioase mixte (F41.3), precum prezența fobiilor sau a atacurilor de panică. În lipsa altor simptome caracteristice pentru alte tulburări anxioase, diagnosticul de tulburare de anxietate generalizată este cel mai adecvat.

În fine, diagnosticul de alte tulburări anxioase specificate (F41.8), precum tulburare mixtă, anxioasă și depresivă, ar trebui să fie luat în calcul când sunt prezente simptome atât anxioase, cât și depresive, nefiind însă suficient de severe pentru a întruni criteriile unui diagnostic specific. În cazul lui Amy, ați stabilit deja că simptomele ei sunt suficient de severe pentru o tulburare de anxietate, însă nu prezintă componenta de stare depresivă sau iritabilă caracteristică pentru tulburările depresive. În consecință, puteți concluziona cu suficient de multă siguranță că diagnosticul cel mai potrivit este cel de tulburare de anxietate generalizată (F41.1).

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 8.3:

Pe baza îndrumărilor din *Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită* (Codul de etică al APA), publicat de Asociația Psihologilor Americani (APA; 2017) și din Codul de etică al Asociației Psihologilor Canadieni (CPA; 2017), identificați dilemele etice cu care v-ați putea confrunta într-un sistem de servicii medicale integrate. I-ați comunica lui Amy potențialul diagnostic? Când ar fi util și când ar fi nociv să împărtășiți informații despre diagnostic? Ce probleme de etică ar putea apărea atunci când comunicați acest tip de informații?

Oferirea de servicii de evaluare și terapie în conformitate cu codul de etică profesională presupune obținerea consimțământului informat al clientului. În această categorie intră și comunicarea de informații clientului cu privire la diverse proceduri folosite în procesul de evaluare și în psihoterapie, natura și durata evaluării și psihoterapiei, precum și limitele confidențialității (Codul de etică al APA [2017], Standardul 10.01, Consimțământul informat pentru terapie; Codul de etică al CPA [2017], Standardul I.26). Dat fiind că Amy nu a mai făcut psihoterapie până acum, este esențial să-i explicați clar ce înseamnă psihoterapie și să explorați prezumpțiile și așteptările clientei față de psihoterapie. La fel de important este să examinați și posibilul impact al factorilor culturali asupra aderenței la terapie. Tot așa, este recomandabil să explorați orice alte temeri ale clientei, dat fiind că părinții lui Amy nu cred în psihoterapie. Nu uitați că obținerea consimțământului informat este o procedură ce se efectuează la începutul evaluării și terapiei și continuă pe tot parcursul tratamentului. Prin urmare, în timpul terapiei trebuie să monitorizați reacțiile și progresul clientului și să vă asigurați că aveți mereu consimțământul clientului pentru tratamentul pe care îl aplicați.

Un alt aspect legat de consimțământul informat atunci când lucrați ca parte dintr-o echipă este că trebuie să o informați pe Amy că veți împărtăși informații privind starea ei de sănătate fizică și mentală atunci când va fi necesar pentru tratament (vezi și capitolul 1 din acest volum). Totuși, ar putea apărea situații când clientul nu va dori să vorbiți cu medicul său curant despre simptomele sale. Deși potrivit legislației (Health Insurance Portability and Accountability Act, 1996) aveți dreptul legal să vă consultați cu medicul care v-a trimis pacientul pentru a asigura continuitatea tratamentului, vă recomandăm insistent să verificați dacă Amy este de acord cu acest lucru. Comunicându-i mereu clientului ce persoane sunt implicate în tratament, contribuiți la construirea încrederii necesare unei relații terapeutice.

În cazul unui tratament, consultările interdisciplinare ar putea să depășească sfera medicală, cum ar fi în situația în care ar fi nevoie să apelați la consultantul școlar al lui Amy, de la universitate. Aici ar putea avea loc o încălcare mai intruzivă a dreptului la viață privată și, deci, trebuie să procedați cu precauție. Explicațiile clare oferite clientului cu privire la modalitatea în care vor fi împărtășite informații privind cazul său, potențialele beneficii și riscuri, precum și obținerea consimțământului pentru dezvăluirea de informații sunt elemente cruciale pentru menținerea unei relații bazate pe încredere și pentru ca dreptul la viață privată să fie pe cât posibil respectat, în contextul efectuării unui tratament de calitate.

În cazul de față, dumneavoastră lucrați într-o clinică în care se folosește modelul de tratament de scurtă durată, prin urmare este important să vedeți dacă scopurile stabilite de Amy se potrivesc cu o terapie de scurtă durată, iar dacă nu, trebuie să o recomandați unui alt psiholog. Scopul evaluării inițiale este acela de a maximiza beneficiile pentru client și de a reduce posibilitatea de vătămare a clientului.

Un alt aspect etic ține de asigurarea competenței (Codul de etică al APA, Standardul 2.01, Limitele competenței; Codul de etică al CPA, Standardul II.6, 9; vezi și capitolele 3 și 5 din acest volum). Acest lucru înseamnă că trebuie să aveți pregătirea și cunoștințele necesare pentru a oferi cea mai potrivită terapie pentru diagnosticul clientului, ținând cont și de aspectele culturale, cum ar fi competența multiculturală prin care „contextul cultural și socio-economic devine baza unei explorări competente și nu iluzia unor caracteristici uniforme de grup, prin prisma cărora clientul este privit în mod stereotip" (Pope & Vasquez, 2007, p. 227). Mamele cu venit scăzut sunt mai des diagnosticate cu tulburare de anxietate generalizată pe baza unor simptome care sunt de fapt o reacție naturală la lipsa resurselor din mediul în care trăiesc (Baer, Kim & Wilkenfeld, 2012). O astfel de etichetă diagnostică poate duce la intervenții menite să încurajeze schimbarea la nivel individual, când, de fapt, intervențiile trebuie să aibă loc la nivelul mediului de viață. Pope și Vasquez (2007) accentuează importanța conștientizării de către psihoterapeuți a modului în care propriile lor valori și atitudini culturale influențează modul în care lucrează cu clienți ce au diverse identități culturale. Dacă nu suntem atenți la dimensiunile de identitate culturală nu vom reuși să înțelegem diversitatea de experiențe de viață ale clientului și riscăm să oferim un tratament inadecvat. Competența culturală în terapie poate, de asemenea, să prevină abandonarea terapiei de către clienți ce provin din grupurile etnice minoritare (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008).

Prin urmare, conștientizarea asemănărilor și diferențelor culturale dintre dumneavoastră și clientul dumneavoastră vă poate ajuta să vă identificați propriile prejudecăți și felul în care vă pot afecta munca. O abordare sensibilă la dimensiunile culturale ale identității clientului este esențială pentru implementarea tratamentului adecvat, astfel încât să vă asigurați că tratamentul chiar atinge problemele centrale.

Comunicarea de informații despre diagnostic către client este un subiect controversat în rândul specialiștilor în sănătate mentală. Evaluarea tiparelor emoționale, comportamentale și cognitive poate contribui la modul în care se derulează tratamentul. Decizia de a-i comunica diagnosticul clientului poate să depindă de mai mulți factori, printre care convingerile terapeutului privind scopul unui diagnostic. Unii clienți se simt mai bine dacă au la îndemână un diagnostic prin care să indice și să dea o denumire experiențelor prin care au trecut sau trec. Alți clienți se pot simți incluși într-o categorie patologică sau etichetați și s-ar putea să le fie mai bine fără să știe dacă simptomele lor întrunesc criteriile pentru o anumită tulburare mentală. Vă sugerăm să discutați cu clientul dumneavoastră ce tip de informație vrea să primească și ce speră să obțină prin cunoașterea diagnosticului. Dacă dumneavoastră credeți că îi faceți mai mult rău decât bine unui client spunându-i diagnosticul, atunci o alternativă ar fi să-i comunicați clientului concluziile și impresiile dumneavoastră clinice, independent de eticheta diagnostică utilizată, care este, până la urmă, doar un construct ipotetic. Discutând cu clientul despre așteptările sale cu privire la diagnostic și concluziile ce reies din evaluare, veți putea folosi informațiile despre diagnostic de o manieră benefică și nu nocivă pentru client.

Managementul riscurilor — cum vă protejați pacientul și cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 8.4:

Care sunt principalele riscuri pentru dumneavoastră și Amy? În ce fel puteți încerca, la începutul terapiei, să vă asigurați că reduceți drastic posibilitatea apariției unor riscuri?

Evaluarea riscurilor are o importanță vitală pentru reducerea consecințelor nocive, atât pentru psihoterapeut, cât și pentru client. O evaluare complexă și consemnată a riscurilor îl poate proteja pe psihologul clinician de acuzații de malpraxis. Pentru a evalua nivelul de siguranță al clientului, este recomandat să includeți întrebări despre ideația suicidară și omucidară a clientului în interviul de rutină (vezi și capitolul 6 din acest volum). Atingând aceste două categorii de riscuri în evaluare, efectuați un screening al condițiilor de siguranță atât ale clientului, cât și ale celorlalte persoane. Factorii de risc includ următoarele elemente: suicidul (intenție, plan, pregătire, istoric), stresori de mediu cum ar fi un eveniment care să fi provocat o pierdere grea sau trăirea unui sentiment puternic de rușine, lipsa elementelor de suport, depresie, sentimentul lipsei de speranță, abuz de alcool sau alte substanțe psihoactive. Pierderea grea poate include o despărțire dificilă sau decesul unei persoane iubite. Riscul de suicid crește dacă o persoană apropiată de client a murit prin suicid. Evaluarea elementelor de suport — pentru a afla dacă în viața clientului există o persoană de încredere, cum ar fi un prieten, partener, psihoterapeut sau consilier spiritual — poate, de asemenea, să ducă la diminuarea sentimentului de izolare, creând astfel o „plasă de siguranță" care să-l susțină pe client. Abuzul de substanțe psihoactive poate determina o scădere a inhibițiilor și o creștere a tendințelor impulsive, ducând la creșterea riscului. Ideația suicidară se poate întâlni des, 20% dintre studenți raportând cel puțin un moment de ideație suicidară pe parcursul studiilor universitare (American College Health Association, 2015). Puteți evalua prezența unui risc iminent explorând frecvența și severitatea ideației suicidare, existența unor încercări de suicid în viața clientului, precum și gradul de specificitate al planului de suicid. În cazul în care clientul declară că are idei suicidare, evaluarea factorilor descriși mai sus vă poate ajuta în identificarea tipului de plan de siguranță necesar în situația dată și a acțiunilor necesare pentru maximizarea siguranței clientului.

Este important să discutați cu clientul faptul că psihoterapia are limitele ei și nu este utilă tuturor persoanelor. Explicați cum ar urma să se desfășoare tratamentul și spuneți-i clientului că s-ar putea să se simtă mai rău înainte să se simtă mai bine. Un client anxios care evită experiențele trăite intern, cum ar fi gândurile și sentimentele de anxietate, ar putea să se simtă și mai anxios în timpul și după o ședință de psihoterapie, atunci când de-abia începe să-și recunoască propria anxietate, descriindu-și în cuvinte trăirile de acest tip. Dacă un client nu este informat cu privire la ce s-ar putea întâmpla, inclusiv faptul că ar putea să se simtă și mai anxios în timpul ședinței, este posibil să ajungă să se simtă derutat, descurajat și să renunțe la tratament. Consimțământul informat maximizează beneficiile pentru client și minimizează riscurile pentru psiholog. Riscurile pentru psiholog, mai ales în absența consimțământului informat, pot include trimiterea în judecată pentru malpraxis, reclamații făcute la organizația profesională de care aparține psihologul și, în cazurile cele mai frecvente, abandonarea terapiei înainte de atingerea obiectivelor. Dacă psihologul nu își informează clientul cu privire la modul în care este definit progresul în psihoterapie (cu alte cuvinte, fiecare persoană face progrese în stil propriu și în funcție de problema cu care se confruntă), clientul poate avea așteptări nerealiste. Având așteptări nerealiste privind problema cu care a venit, clientul poate crede că nu v-ați ocupat de terapie așa cum trebuie, deși, în realitate, simptomele și funcționarea clientului demonstrează că au avut loc îmbunătățiri.

Concluzii

ACTIVITATEA 8.5:

Pe baza informațiilor din acest moment, ce probleme credeți că ar putea apărea în cadrul tratamentului? Când credeți că ar fi un moment bun să vă consultați cu medicul curant al pacientei sau cu un specialist din altă zonă interdisciplinară privind tratamentul oferit clientei?

După ce obțineți toate informațiile relevante, este momentul să treceți la crearea unui plan de tratament, indiferent dacă sunteți în rolul de psiholog evaluator sau psihoterapeut. Știm diagnosticul clientei — tulburare de anxietate generalizată (F41.1). Știm și scopurile terapiei indicate de clientă — să nu se mai îngrijoreze tot timpul și să-și recapete energia.

Pe baza relatărilor oferite de Amy și a simptomelor ei, deducem că este o bună candidată pentru psihoterapia de scurtă durată, dat fiind că nu a declarat prezența vreunei traume sau a unor probleme psihologice de lungă durată, cu excepția anxietății. Variabilele care pot influența evoluția tratamentului includ motivația clientei pentru tratament și sistemul de suport social extern. Punctele forte ale lui Amy care pot fi utile în terapie includ etica muncii, autodisciplina și capacitatea de a parcurge cu succes studiile universitare.

În literatura de specialitate sunt indicate mai multe tratamente susținute empiric pentru tulburarea de anxietate generalizată. Terapia cognitiv-comportamentală (Szkodny, Newman, & Goldfried, 2014), precum și abordările bazate pe mindfulness și acceptare (Baer, 2005) sunt tratamente susținute empiric pentru reducerea simptomelor de anxietate. Deși abordările cognitiv-comportamentale au parte de cea mai largă validare pentru tratamentul anxietății, modelul factorilor comuni sugerează că alți factori pot fi răspunzători pentru schimbarea terapeutică, incluzând caracteristicile terapeutului, printre care și abilitatea de a forma o relație terapeutică (fiind flexibil, plin de căldură, demn de încredere, interesat, deschis și demonstrând că este competent; Reisner, 2005). Fiind la curent cu rezultatele cercetărilor menționate mai sus, după ce ați stabilit alianța terapeutică și v-ați familiarizat cu studiile despre eficacitatea diverselor forme de tratament în privința diagnosticului lui Amy, îi puteți recomanda cel mai bun plan de tratament.

În cazul lui Amy, vă propuneți următoarele intervenții terapeutice și scopuri de atins în cadrului unui tratament de opt ședințe. În primul rând, plănuiți să discutați cu Amy despre părerea ei privind tratamentele adresate sănătății mentale și să îi arătați care sunt beneficiile și limitele psihoterapiei. Este important ca Amy să știe de la bun început la ce tip de tratament se angajează, pentru că așa își poate găsi motive de speranță și își poate clarifica așteptările cu care intră în terapie.

Un scop important este să construiți o bună alianță cu Amy și să-i oferiți sprijin și empatie, astfel încât ea să poată începe să-și exploreze propriile experiențe emoționale într-un spațiu sigur și în care nu este judecată pentru acest lucru. Astfel se poate crea o experiență corectivă în cazul lui Amy, prin care ea să învețe noi abilități de a-și gestiona mai eficient anxietatea.

Fiindcă folosiți o abordare atentă la contextul cultural, este necesar să înțelegeți identitățile culturale ale clientei (rasă, cultură, gen, clasă socială) și influența pe care acestea o au asupra așteptărilor lui Amy cu privire la ea însăși (Sue, Zane, Nagayama Hall & Berger, 2009), inclusiv asupra așteptărilor familiei cu privire la performanța școlară a lui Amy. Aici se pune problema felului în care propriile sale convingeri despre succes și eșec se leagă de așteptările părinților săi (Yee, DeBaryshe, Yuen, Kim & McCubbin, 2006). Date fiind așteptările culturale privind relațiile dintre părinți și copii, acesta este subiect care trebuie abordat cu multă delicatețe. Nu vreți să duceți la exacerbarea dilemei lui Amy, care probabil se simte prinsă între două tipuri diferite de așteptări culturale.

Date fiind simptomele pe care le acuză, ar fi utilă psihoeducația cu privire la modul în care anxietatea afectează corpul și mintea, necesitatea introducerii unei igiene a somnului și a exercițiului fizic pentru reducerea anxietății, precum și cultivarea grijii față de sine, prin tehnici de relaxare (relaxarea musculară progresivă, imageria ghidată, respirația profundă etc.) pentru a reduce starea de excitabilitate fiziologică asociată cu simptomele de anxietate. Referitor la creșterea grijii față de sine, este recomandată dezvoltarea abilităților de mindfulness, pentru ca Amy să conștientizeze de câte ori este pe pilot automat atunci când îi trec tot felul de neliniști prin minte. Ar fi bine să încurajați un stil de gândire centrat mai mult pe prezent, precum și implementarea unei atitudini de autocompasiune și lipsită de tendințe evaluative. Date fiind problemele ei legate de gândurile ruminative, este recomandată folosirea unor intervenții cognitiv-comportamentale pentru contestarea distorsiunilor cognitive și înlocuirea lor cu gânduri mai sănătoase și realiste cu privire la propria persoană.

Deși Amy a recunoscut existența unor elemente puternice de suport, ar fi util să-i indicați resurse speciale pentru studenții care sunt primii din familiile lor care merg la facultate, resurse care să o pună în legătură cu alți studenți ce se confruntă cu factori de stres similari, ajutând-o în același timp să afle mai multe despre surse speciale de finanțare sau strategii de studiu. O altă posibilitate este să vă consultați cu medicul care a trimis-o, pentru a-l informa cu privire la concluziile evaluării psihologice și pentru a vedea dacă este posibilă o medicație psihotropă. Stein (2006) a arătat ca farmacoterapia pentru tulburarea de anxietate generalizată constă în primul rând în folosirea de inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei sau inhibitori ai recaptării serotoninei și noradrenalinei.

Discutând cu Amy despre scopurile sale specifice veți înțelege mai bine ce își dorește de la tratament, putând astfel să-i susțineți motivația pentru terapie. Nu uitați că planul de tratament se bazează pe o permanentă evaluare a progreselor făcute de clientul dumneavoastră Astfel, este bine să discutați cu Amy despre ce înseamnă pentru ea să facă progrese în terapie și dacă simte că face progrese în privința scopurilor pe care și le-a definit. În funcție de cum se desfășoară terapia, se pot face modificări ale planului de tratament, iar în cazul în care întâmpinați dificultăți în terapie, vă puteți consulta cu supervizorul dumneavoastră sau un coleg de încredere.

Referințe bibliografice

American College Health Association. (2015). *American College Health Association–National College Health Assessment II: Reference group executive summary fall 2014*. Hanover, MD: Author.

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie 2010 și 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Baer, J.C., Kim, M.S., & Wilkenfeld, B. (2012). Is it generalized anxiety disorder or poverty? An examination of poor mothers and their children. *Child & Adolescent Social Work Journal, 29*, 345–355. http://dx.doi.org/10.1007/s10560-012-0263-3

Baer, R.A. (coord.). (2005). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. New York, NY: Academic Press.

Barrett, M.S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 247–267.http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247

Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Kendler, K.S., Su, M., Williams, D., & Kessler, R.C. (2006). Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample. *Psychological Medicine, 36*, 57–68. http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705006161

Canadian Psychological Association. (2017). *Canadian code of ethics for psychologists* (4th ed.). Accesat la: http://www.cpa.ca/docs/File/Ethics/CPA_Code_2017_4thEd.pdf

Center for Collegiate Mental Health. (ianuarie 2015). *2014 Annual Report* (Publication No. STA 15-30). Accesat la: http://ct.counseling.org/2006/08/ct-online-ethicsupdate-6

Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Ruan, W.J., Goldstein, R.B., Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of *DSM-IV* generalized anxiety disorder in the USA: Results from the

National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine, 35,* 1747–1759. http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705006069

Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), Public Law 104-191.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM–IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication [correction appears in *Archives of General Psychiatry, 62,* 768]. *Archives of General Psychiatry, 62,* 593–602. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593

Kinoshita, L.M., & Hsu, J. (2006). Assessment of Asian Americans: Fundamental issues and clinical applications. În F.T.L. Leong, A G. Inman, A. Ebreo, L.H. Yang, L. Kinoshita, & M. Fu (coord.), *Handbook of Asian American psychology* (2nd ed., pp. 409–428). Thousand Oaks, CA: Sage.

McLean, C.P., Asnaani, A., Litz, B.T., & Hofmann, S.G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research, 45,* 1027–1035. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006

Pope, K.S., & Vasquez, M.J.T. (2007). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Reisner, A. (2005). The common factors, empirically validated treatments, and recovery models of therapeutic change. *The Psychological Record, 55,* 377–399.

Stein, D.J. (2006). Evidence-based treatment of anxiety disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 10* (Suppl. 1), 16–21. http://dx.doi.org/10.1080/13651500600552487

Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G.C., & Berger, L.K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology, 60,* 525–548. http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163651

Szkodny, L.E., Newman, M.G., & Goldfried, M.R. (2014). Clinical experiences in conducting empirically supported treatments for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 45,* 7–20.

Tracey, T.J.G., Lichtenberg, J.W., Goodyear, R.K., Claiborn, C., & Wampold, B.E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research, 13,* 401–413. http://dx.doi.org/10.1093/ptr/kpg041

Wittchen, H.U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16,* 162–171. http://dx.doi.org/10.1002/da.10065

World Health Organization. (1993). *ICD–10* Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice, București, Editura Trei, 2016.

Yee, B.W.K., DeBaryshe, B.D., Yuen, S., Kim, S.Y., & McCubbin, H.I. (2006). Asian American and Pacific Islander families: Resiliency and life-span socialization in a cultural context. În F.T.L. Leong, A.G. Inman, A. Ebreo, L.H. Yang, L. Kinoshita, & M. Fu (coord.), *Handbook of Asian American psychology* (2nd ed., pp. 69–86). Thousand Oaks, CA: Sage.

9

F43.1 Tulburarea de stres posttraumatic

Samantha S. Yard și Stephen R. McCutcheon

Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD[19], F43.10) apare ca răspuns la un eveniment de viață deosebit de traumatizant (sau ca reacție la mai multe asemenea evenimente) și constă dintr-o gamă complexă de simptome debilitante în sfera emoțională, comportamentală, cognitivă și fiziologică. Aceste simptome pot să ducă la deteriorarea funcționării în aproape toate domeniile vieții, inclusiv la nivelul productivității, relațiilor interpersonale, implicării în comunitate, sănătății fizice și calității vieții. Pe lângă *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament: Descrieri clinice și îndreptare diagnostice* (*Cartea albastră*; Organizația Mondială a Sănătății [OMS], 1993), vă recomandăm cartea *Handbook of PTSD: Science and Practice* (Friedman, Keane & Resick, 2015) ca text primar de referință.

Evenimentele traumatice ce pot duce la declanșarea tulburării de stres posttraumatic (F43.10) includ (dar nu se limitează la) agresiunile sexuale, luptele dintr-o zonă de război, dezastrele naturale, precum și accidentele și bolile ce pun în pericol viața persoanei. Înainte de 1980, reacțiile patologice la acest tip de evenimente erau clasificate în funcție de evenimentul traumatic în sine (sindromul femeii bătute, oboseala de luptă etc.). Când aceste fenomene au fost grupate împreună în cea de-a treia ediție a *Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale* (*DSM*), acest sindrom a fost reconceptualizat ca tulburare anxioasă și a primit denumirea de tulburare de stres posttraumatic (F43.10), definit ca reacție la evenimente „ce depășesc sfera experiențelor obișnuite de viață". Pe parcursul următorilor treizeci de ani, modul în care înțelegem tulburarea de stres posttraumatic s-a schimbat ca urmare a numeroaselor studii și modificări ale criteriilor de diagnostic, ducând și la o definiție mai cuprinzătoare a ceea ce constituie un eveniment traumatic. Cercetările epidemiologice au arătat că evenimentele traumatice sunt destul de frecvente, în condițiile în care aproximativ 10% dintre femei și 5% dintre bărbați trec prin tulburarea de stres posttraumatic la un moment dat în viața lor (National Center for PTSD, 2016). În rândul veteranilor războaielor din Irak și Afganistan, procentul este de aproape 20% (Finley și colab., 2017). Majoritatea oamenilor își revin în mod natural și nu dezvoltă tulburarea de stres posttraumatic (Friedman și colab., 2015). Mai mult, o serie de experiențe cauzatoare de suferință profundă pot să ducă la tulburarea de stres posttraumatic în conjuncție cu vulnerabilitățile și metodele de coping caracteristice fiecărei persoane (Friedman și colab., 2015). Tot așa, simptomele specifice tulburării de stres posttraumatic au evoluat cu timpul. Cea mai acceptată conceptualizare a acestei tulburări în momentul actual include patru clustere de simptome: (a) reactualizări intruzive ale evenimentului traumatic (sub formă de coșmaruri, flashbackuri sau amintiri intruzive); (b) evitarea stimulilor interni sau externi care amintesc de evenimentul traumatic; (c) hiperactivare și reactivitate crescută la stimuli, inclusiv vigilența față de potențiale pericole, perturbări ale somnului și iritabilitate; și (d) dispoziție negativă și gânduri negative în legătură cu evenimentul traumatic (sau evenimentele traumatice) [Friedman și colab., 2015].

---

[19] Posttraumatic stress disorder. (N.t.)

Cazul

Max, pacientul dumneavoastră în vârstă de 35 de ani, a venit la tratament la rugămintea soției sale, Karen, în principal din cauza crizelor de furie pe care le-a avut în fața copiilor lor. Karen l-a însoțit pe Max pentru o primă evaluare la o clinică specializată în tratamentul tulburării de stres posttraumatic. Max este veteran al războiului din Irak (Operațiunea Eliberarea Irakului) și a fost liberat din motive medicale din Infanteria Marină, din cauza unei accidentări severe la picior și a unei comoții cerebrale care a avut loc în 2009. După lăsarea la vatră, Max a întâmpinat probleme în ceea ce privea reintegrarea în familie și comunitate. Max se comportă de parcă s-ar afla în continuare în Irak. Este foarte atent la ce se întâmplă în jur, cel puțin zilnic îi revin în minte imagini din perioada în care s-a aflat în Irak, imagini care îi produc suferință, fiind mereu agitat, cu izbucniri de furie. Certurile cu soția sa sunt din ce în ce mai dese și mai intense. Max privește totul într-o lumină negativă, nu prea mai are energie și entuziasm pentru activitățile alături de copiii săi și spune că în mintea sa se derulează continuu un discurs critic la adresa lui însuși, dar și a celorlalți, mai ales împotriva soției sale. Pare iritabil și suspicios. Spune că rareori râde sau se simte bucuros și declară că se simte detașat de toți cei din jurul său, de parcă ar trăi în lumea lui, incapabil de a se apropia cu adevărat de cineva.

Karen confirmă afirmațiile soțului ei, spunând că uneori Max participă alături de familie la diverse jocuri și activități în aer liber, însă este cu mintea în altă parte chiar și în acele momente, „prefăcându-se că se distrează", după cum crede soția sa. Karen se plânge că Max nu vrea să iasă cu copiii în locuri aglomerate, iar din această cauză nu pot ieși la plajă sau în parc. Max spune că locurile de acest tip i se par inacceptabile; nu are cum să-i apere pe copii acolo, din cauza spațiilor largi și a prezenței altor persoane.

Iritabilitatea lui Max se poate explica parțial ca fiind un efect al lipsei cronice de somn, întrucât doarme doar patru ore pe noapte. Max spune că adoarme cu greutate, după ce stă în pat treaz ore în șir, iar apoi este trezit de coșmaruri, nereușind decât cu greu să mai adoarmă la loc. Karen confirmă spusele sale și adaugă faptul că uneori trebuie să doarmă în camera de oaspeți. Max a încercat să folosească somnifere, însă din cauza lor se simte amețit în timpul zilei, drept pentru care preferă să nu le ia.

Consumul de alcool reprezintă principala sa strategie de coping. Max bea neapărat câteva pahare înainte de orice eveniment social sau întâlnire de familie; fără alcool, îi este greu să interacționeze cu ceilalți, ceea ce se datorează în parte și faptului că este dificil să se concentreze asupra unei conversații în timp ce rămâne vigilent la ce se întâmplă în jurul său. În plus, întrebările celorlalți despre experiența sa din armată i se par nesincere și lipsite de tact. De cele mai multe ori, reușește să se limiteze la trei pahare pe zi, dar cam o dată pe lună consumă șase sau șapte pahare într-o singură seară. Astfel de seri sfârșesc în general în certuri cu soția, care se îngrijorează când el este beat în prezența copiilor. Apoi, timp de câteva zile după ceartă, Max se simte vinovat și rușinat de propriul comportament, izolându-se de familie și petrecându-și timpul de unul singur în garaj sau în pat. Max a tot încercat să bea mai puțin, dar fără succes. De obicei reușește să se abțină când este acasă, alături de familie, însă, în cazul unei ieșiri în societate, resimte o anxietate „intolerabilă" dacă nu consumă câteva pahare.

O parte din motivația sa pentru reducerea consumului de alcool ține de faptul că a citit pe internet că alcoolul împiedică recuperarea după o leziune cerebrală traumatică. În timpul detașării în Irak, a fost expus mai multor explozii, dintre care una despre care spune că „era suficient de aproape încât să mă termine", în urma căreia și-a pierdut cunoștința timp de câteva minute și a fost dezorientat timp de o oră. Max își face griji că aceste explozii au avut un puternic impact asupra sănătății și facultăților sale cognitive, cauzându-i printre altele migrene și probleme de concentrare. A încercat să meargă la facultate după ce s-a întors din Iraq, dar i-a fost greu să rămână concentrat în timpul cursurilor. Nu-i plăcea nici faptul că trebuia să meargă la cursuri în amfiteatre de mari dimensiuni și putea să-și gestioneze starea de anxietate doar așezându-se în rândul din spate, aproape de ușă. Crede că notele mici nu reflectă posibilitățile sale intelectuale, fiindcă în liceu a fost un elev foarte bun, luând doar note de 9 și 10. Fișa medicală a lui Max cuprinde rezultatul unei examinări făcute de un neuropsiholog, conform căreia Max are o leziune cerebrală traumatică ușoară (S06.2X1A), ceea ce ar putea explica prezența unor efecte relativ minore pe termen lung, însă efectele ar trebui să fie insesizabile acum, dat fiind că incidentele au avut loc cu atât de mult timp în urmă.

Lui Max îi vine greu să vorbească cu soția și prietenii săi despre simptomele sale, din cauza felului în care problemele de sănătate mentală erau abordate în unitatea militară din care a făcut parte. Sergentul major le făcea zile fripte soldaților care manifestau stări de distres după misiunile de luptă. Totodată, dat fiind că a crescut într-o familie militară în care tulburările mentale erau considerate un semn de slăbiciune, nici Max nu-și accepta propriile simptome, reprimându-și temerile și dubiile și folosind alcoolul pentru a scăpa de tensiune și ruminații. Tot așa, Max a evitat să solicite ajutor profesional pentru simptomele sale. A mers de câteva ori la un psihiatru pentru problemele sale cu somnul pe vremea când era încă militar activ, însă nu a luat niciodată medicamentele prescrise de acesta. Simptomele intruzive au devenit atât de frecvente și dureroase în ultimele luni, încât Max este de acord acum să încerce un tratament medicamentos, nefiind însă convins că există vreo soluție pentru el.

Evaluarea conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 9.1:

Ce simptome sau ținte principale ar trebui să investigați mai în amănunt? Ce surse adiționale de informații ați putea folosi pentru evaluarea pacientului dumneavoastră?

EXAMINAREA STATUSULUI MENTAL

Max a venit la timp la ședință, s-a prezentat îngrijit, cu haine curate, fiind alert, deși un pic rigid ca postură. A fost cooperant, deși destul de precaut; a menținut contactul vizual, fără să prezinte mișcări anormale în afară de un mic neastâmpăr. Vorbirea sa a avut ritm, volum și cadență normale, cu un conținut fluent, atât în răspunsurile la întrebările directe, cât și în discursul spontan. Întrebat despre cum se simte, a replicat că se simte „bine", însă a precizat că „nu prea bine" când a fost solicitat să ofere detalii. Afectul său a fost stabil pe parcursul interviului, congruent cu dispoziția sa, însă având o plajă restrânsă. Procesele de gândire au fost lineare, coerente și îndreptate spre scop, fără ideație omucidară sau suicidară, Max negând existența vreunor halucinații vizuale sau auditive. Pe parcursul interviului memoria lui a funcționat în limite normale (cu privire la evenimentele recente și din trecutul îndepărtat), la fel și funcțiile executive. A demonstrat un insight corect, înțelegând că experiențele sale din timpul luptelor au contribuit la trăirile sale de frică și anxietate care i-au afectat în diverse moduri capacitatea de a interacționa cu alte persoane. Judecata sa părea intactă, în sensul în care Max a solicitat tratament pentru simptomele pe care le manifesta, în urma unui proces decizional sănătos. Anumite limitări ale judecății sale păreau să reflecte mai curând deficite de reglare emoțională și credințe distorsionate despre ce înseamnă un climat de siguranță decât dificultăți de judecată.

Mai jos vom enumera o serie de ținte esențiale pentru conceptualizarea cazului, pentru o evaluare mai detaliată și planificarea tratamentului:

1. Coșmaruri și imagini intruzive legate de experiențele de luptă (F51.5)
2. Calitate scăzută a somnului, cu întreruperi frecvente și dificultăți în a adormi la loc (G47.9)
3. Probleme de cogniție, printre care dificultăți legate de concentrare (R41.80), memorie și învățare (G31.84);
4. Iritabilitate și izbucniri de furie (R45.4);
5. Conflicte maritale și de parentaj (Z63.0 și Z62.820)
6. Abuz de alcool (F10.10);

7. Credințe distorsionate legate de un eveniment traumatic, printre care și vătămarea psihică (R41.82 sau R45.82) și
8. Probleme sociale: stigmatizarea tulburărilor mentale (Z60.9), distres în situații sociale (Z73.4) și izolare (Z60.4).

Trebuie menționat că adesea este bine să avem mai multe surse de informare, prin care soția lui Max sau alți membri de familie, prieteni sau colegi, pentru a pune cap la cap un istoric adecvat și pentru a înțelege nivelul actual de funcționare (Friedman și colab., 2015). Cel mai direct mod de a aduna aceste informații este prin interviurile colaterale, care, însă, ridică probleme etice specifice (vezi capitolul 4 din acest volum).

Diagnosticul conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 9.2:

Care dintre țintele esențiale precizate mai sus reprezintă cel mai plauzibil diagnostic principal în acest caz? Cum distingeți între PTSD și adaptarea la un eveniment de viață stresant?

O modalitate logică de a structura evaluarea în scopul diagnosticării este de a începe cu cel mai plauzibil diagnostic primar, și anume, PTSD-ul în cazul lui Max (F43.10 fară specificații). *Cartea albastră* permite categoria „fără specificații" pentru pacienții care prezintă simptome timp de cel puțin o lună. Specificația *acut* pentru PTSD (F43.11) se folosește atunci când simptomele unui pacient durează cel puțin o lună și cel mult trei luni. Majoritatea pacienților (precum Max) manifestă simptome timp de mai mult de trei luni, caz în care tulburarea de stres posttraumatic este considerată *cronică* (F43.12). Pentru a vedea dacă simptomele lui Max sugerează un diagnostic de PTSD, trebuie să identificați evenimentul traumatic și exemple clare de simptomatologie caracteristică pentru PTSD.

CE ÎNSEAMNĂ UN EVENIMENT TRAUMATIC

Se pune problema dacă Max a trecut printr-un eveniment de viață care să-i provoace o stare excepțională de distres. Există numeroase controverse în literatura de specialitate în privința definiției unui eveniment traumatic (Friedman și colab., 2015). Agresiunile ce pun în pericol viața persoanei, un accident aproape fatal, agresiunile sau abuzurile sexuale și luptele militare sunt exemple de evenimente care pot duce la declanșarea unei tulburări de stres posttraumatic. Conceptualizarea actuală a ceea ce înseamnă un eveniment traumatic permite includerea și a altor experiențe, cum ar fi boli care prezintă un risc vital, vestea morții unei alte persoane, iar uneori și expunerea indirectă la evenimente care sunt traumatizante pentru persoană. Sunt mai rare cazurile în care cineva dezvoltă o tulburare de stres posttraumatic fără ca evenimentul respectiv să fi stârnit frică, oroare și sentimentul de neputință în persoana respectivă (Friedman și colab., 2015). Oricum ar fi, este extrem de important ca, atunci când puneți întrebări despre evenimente trecute, să fiți conștienți de faptul că amintirea evenimentului poate provoca multă suferință persoanei respective, stârnindu-i rușinea și provocând nevoia de a evita dezvăluirea. Scopul dumneavoastră este de a afla informațiile necesare fară ca interviul să fie atât de traumatizant încât clientul să nu mai vrea să participe pe viitor la programe de tratament dedicate sănătății mentale. Exploziile de bombe la care a fost expus Max, mai ales explozia în care și-a pierdut cunoștința, iar piciorul său a fost zdrobit, i-au provocat extrem de multă suferință, în mod evident. PTSD-ul are și o dimensiune graduală, în sensul în care tulburarea de stres posttraumatic apare mai ales în cazul unor evenimente traumatice multiple (Friedman și colab., 2015). Dat fiind istoricul militar al lui Max, ar trebui să-l întrebați și despre alte evenimentele traumatice prin care ar fi putut trece în timpul războiului (de exemplu, traume sexuale în timpul serviciului militar, contactul cu cadavre, lupte corp la corp, statutul de prizonier de război), iar apoi să explorați evenimente cu caracter mai general care ar fi putut să aibă loc în timpul serviciului militar, în copilărie sau în orice altă etapă de viață.

AMINTIRI REPETATE ȘI INTRUZIVE

Întrebați-l pe Max dacă retrăiește evenimentul traumatic prin coșmaruri, imagini intruzive în timpul zilei sau flashbackuri (în care amintirea poate să fie atât de intensă încât persoana nu-și mai dă seama că se află în prezent și nu în trecut). Explorați natura acestor amintiri — mai ales, ce amintiri anume apar cel mai frecvent, care îl supără cel mai mult, cât de des au loc și cât de multă suferință îi provoacă. Un element esențial pentru identificarea acestor simptome este că sunt involuntare și au un caracter senzorial pronunțat, tinzând să apară pentru perioade mai scurte de timp și fără un context special (Friedman și colab., 2015).

EVITAREA STIMULILOR CE AMINTESC DE TRAUMĂ

În privința stimulilor externi care îi amintesc pacientului de trauma suferită, pe lângă spațiile vaste și mulțimile de oameni, Max evită, de asemenea, mirosul de motorină (care îi amintește de Irak) și zgomotele puternice. Poate fi mai greu să explorați evitarea stimulilor interni, care pot să apară în timpul tratamentului, însă multe persoane ce suferă de PTSD spun că încearcă să-și scoată din minte imagini și gânduri specifice sau să le adoarmă prin uzul de substanțe sau prin alte forme de distragere a atenției.

HIPERACTIVAREA ȘI REACTIVITATEA SISTEMULUI NERVOS

Max spune că se simte în alertă tot timpul. De fiecare dată când intră într-un magazin sau restaurant, când iese din casă sau când ajunge acasă, este foarte atent la situația din mediul înconjurător, pândind orice pericol și simțind că peste tot există pericole. Problemele sale cu somnul și izbucnirile de furie sunt, de asemenea, indicatori ai stării de hiperactivare și reactivitate.

DISPOZIȚIE ȘI COGNIȚII NEGATIVE

Max declară că îi este greu să-și identifice propriile emoții, deși recunoaște sentimentul de furie și manifestarea acestuia. Îi este greu să empatizeze cu soția sa, iar ea confirmă faptul că Max pare neinteresat sau „rece" de multe ori. Max are senzația că soția sa și alte persoane, printre care și copiii săi, se află foarte departe de el chiar și atunci când sunt prezenți fizic lângă el, simțindu-se anxios și inconfortabil atunci când Karen încearcă să-i înțeleagă emoțiile și gândurile. Nici nu mai ține minte de când nu s-a mai bucurat să vadă un film sau un meci bun la televizor sau orice altă experiență pe care ar fi considerat-o plăcută înainte de plecarea în misiunea militară. Tulburarea de stres posttraumatic se manifestă și printr-o serie de stări afective negative — mai ales furie, vinovăție, rușine și anxietate (Friedman și colab., 2015). Alte exemple de stări negative includ sentimentul de izolare și înstrăinare de ceilalți, amorțire emoțională și o perspectivă negativă asupra evenimentului traumatic, asupra celorlalți, asupra sinelui și viitorului persoanei.

DEBUT

Când au început simptomele lui Max? De obicei, simptomele încep să se manifeste în primele șase luni de la eveniment, cu excepția unor situații rare de debut întârziat (Goodwin și colab., 2012). Puteți evalua debutul tulburării punând întrebări deschise. Folosind sursele colaterale de informații, am aflat de la Karen că simptomele lui Max au apărut aproape imediat după întoarcerea din Irak, pe când era încă în spital.

Pentru a putea da un diagnostic ferm, este bine să diferențiem tulburarea de stres posttraumatic de alte tulburări din aceeași familie, din categoria F43, în care intră reacția acută la stres (F43.0) și tulburarea de adaptare (F43.20). Puteți exclude reacția acută la stres întrucât simptomele lui Max se manifestă de ceva vreme — în mod clar, o perioadă de timp ce depășește limita celor câteva zile. Pot fi simptomele lui conceptualizate mai bine ca tulburare de adaptare? Un diagnostic de tulburare de adaptare este potrivit atunci când există o perturbare emoțională ce interferează cu funcționarea persoanei și care are loc în contextul adaptării la o schimbare majoră de viață sau eveniment stresant. Ieșirea dintr-un regim militar de viață foarte bine structurat și reintegrarea în comunitate pot reprezenta schimbări majore de viață. Și totuși, simptomele lui Max persistă de mai mult de șase luni, adică limita pentru tulburarea de adaptare. În plus, în tulburarea de adaptare, simptomele nu trebuie să fie atât de severe încât să merite mai curând un diagnostic mai bine delimitat (precum PTSD), ce implică distres intens și deteriorare funcțională. Cel mai bine evaluați severitatea simptomelor printr-un instrument standard de evaluare (de exemplu, inventarul PTSD de 20 de itemi pentru *DSM-5* [PCL5]). Max a obținut un scor de 68 de puncte la acest inventar, cu mult peste limita de 38 de puncte, peste care poate fi luat în considerare diagnosticul de PTSD. Prin urmare, conform cercetărilor psihometrice dedicate acestui instrument (Weathers și colab., 2013), scorul său sugerează un diagnostic de PTSD. Mai mult, modul în care Max își descrie funcționarea indică un grad înalt de severitate a simptomelor. În concluzie, simptomele sale sunt peste nivelul unei tulburări de adaptare și se potrivesc în mod evident unui diagnostic de PTSD.

Multe dintre simptomele de PTSD se suprapun cu cele ale altor tulburări de dispoziție și anxietate, iar ICD-10-CM trebuie folosit pentru a identifica toate tulburările prezente la un pacient. O serie de probleme apar concomitent cu tulburarea de stres posttraumatic, printre care uzul excesiv de alcool sau droguri, anxietate și depresie, precum și ideație suicidară. Îndrumări complexe pentru evaluarea acestor simptome sunt disponibile în alte capitole din acest volum, iar fiecare astfel de evaluare va fi discutată pe scurt, în continuare, cu referire la cazul de față. Se urmărește, prin aceasta, clarificarea înțelegerii modului în care mai multe tulburări pot să existe concomitent cu tulburarea de stres posttraumatic, mai ales fiindcă se întâmplă foarte des ca persoanele care suferă de PTSD să întrunească criteriile și pentru alte tulburări (Friedman și colab., 2015).

ABUZ DE ALCOOL (F10.10)

Este important să știți cât alcool consumă Max într-o zi și cât de des consumă alcool, precum și frecvența consumului riscant (excesiv), mai ales din cauză că uzul de alcool poate interfera cu tratamentul pentru PTSD. Vezi și capitolul 2 din acest volum.

IDEAȚIE SUICIDARĂ (R45.851)[20]

Max nu a raportat idei suicidare. Cu toate acestea, dat fiind stigmatul cu privire la sinucidere, cultura militară care valorizează stoicismul și reziliența, precum și dificultățile avute de Max la capitolul autodezvăluire emoțională, este posibil ca el să fi ales să nu vorbească despre sinucidere. Persoanele care suferă de PTSD prezintă un risc crescut de suicid (comparativ cu un eșantion ales aleatoriu din comunitate; Sareen, Houlahan, Cox & Asmundson, 2005), prin urmare este imperios necesar să explorați acest subiect. Regulamentele Departamentului pentru Veterani, precum și abordarea centrată pe sănătatea populației recomandă să se facă un examen de triere (*screening*) pentru ideație suicidară și încercări de suicid în cazul clienților care sunt considerați a fi vulnerabili din cauza variabilelor demografice sau expunerii la situații de risc. Riscul de suicid nu este static; poate varia în funcție de circumstanțele de viață și trebuie să fie reevaluat periodic, dat fiind că Max prezintă factori cronici de risc de suicid, inclusiv diagnosticul de PTSD, și faptul că are acces la arme de foc. Vezi și capitolul 6 din acest volum. (Pentru mai multe informații despre codurile R, vezi Schaffer & Rodolfa, 2016, capitolul 1).

TULBURĂRILE ANXIOASE (F41.9)

Multe dintre simptomele descrise pot fi asociate unei alte tulburări anxioase, printre care tulburarea de panică (F41.0), tulburarea de anxietate generalizată (F41.1; vezi capitolul 8 din acest volum) sau fobia socială (F40.1; vezi capitolul 7 din acest volum). Deși Max prezintă un nivel elevat de anxietate în contextul interacțiunilor sociale, anxietatea sa nu e limitată la aceste situații: uneori se simte anxios și când este acasă sau când conduce mașina ori se uită la filme de acțiune. Prin urmare, fobia socială nu explică observațiile pe care le-am făcut. La fel, deși Max are uneori simptome ce seamănă cu simptomele de panică, ele nu sunt imprevizibile, ci apar atunci când Max se gândește la experiențele sale traumatice sau este confruntat cu situații care îi amintesc de acelea. În cazul lui Max, PTSD este diagnosticul „principal", fiindcă explică motivele pentru care Max a solicitat tratament la momentul respectiv.

---

[20] Cod regăsit în ICD-10-CM, dar nu și în ICD-10 (ediția din 1993, fără modificări clinice, tradusă în limba română). **(N. red.)**

TULBURĂRILE DEPRESIVE (F32.9)

Date fiind credințele negative, anhedonia (R45.84), iritabilitatea (R45.4), problemele cu somnul (G47.9), dificultățile de concentrare (R41.840), autocriticismul și sentimentul lipsei de speranță manifestate de Max, ideea unui episod depresiv ar putea fi plauzibilă (F32.9). Vă recomandăm să citiți capitolele 5 și 6 din acest volum pentru a vă informa cu privire la evaluarea tulburărilor depresive.

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 9.3:

Ce probleme etice specifice apar într-un caz de PTSD? Ce strategii puteți implementa pentru a vă asigura că respectați principiile etice în lucrul cu Max? Cum ați comunica cu Max în timpul evaluării și tratamentului pentru a-i susține starea de bine psihologic și pentru a încuraja implicarea sa în tot acest proces?

În primul rând, pe lângă informarea pacientului cu privire la procedurile pe care le veți aplica și la dreptul său de a alege să participe sau nu, nu uitați niciodată că procedurile au potențialul de a face și rău (Asociația Psihologilor Americani, 2017, *Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită* [Codul de etică al APA], Principiul A: Principiul primordialității binelui și evitării vătămării). După cum am explicat mai sus, trebuie să aveți mare grijă atunci când adresați întrebări unei persoane cu privire la trauma prin care a trecut. Dat fiind că un aspect esențial al PTSD constă în evitarea traumei, evaluarea explicită a traumei va duce în mod inevitabil la creșterea anxietății și chiar la retrăirea unor simptome extrem de dureroase, care ar putea apărea după încheierea discuției cu dumneavoastră, în condițiile în care nu vă mai aflați lângă client și nu-i mai puteți oferi susținere sau alinare. Din nefericire, ar putea să treacă o bună perioadă de timp până ce pacientul să resimtă o scădere a intensității simptomelor ca urmare a unei intervenții. Chiar mai mult, inițierea tratamentului ar putea să-i producă mai multă suferință într-o primă etapă (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree & Alvarez-Conrad, 2002). Pentru a mai atenua suferința pe care ar putea să o producă evaluarea, este bine să oferiți explicații clare despre ce tip de întrebări îi veți pune în legătură cu trauma trăită, să protejați pacientul de acele autodezvăluiri care nu sunt necesare în legătură cu evenimentele traumatice și să evaluați strategiile de coping ale persoanei cu privire la creșterea intensității simptomelor după terminarea interviului, toate acestea fiind componente esențiale ale respectării principiilor etice în evaluarea tulburării de stres posttraumatic. Dacă pacientul nu pare să aibă abilitățile de coping potrivite, ar fi bine, chiar din timpul procesului de evaluare, să-i oferiți câteva strategii rapide și ușor de pus în practică pentru tolerarea eficientă a distresului (vezi APA, 2010, 2013). Prin urmare, asigurați-vă că știți ce strategii să-i oferiți. Asigurați-vă, de asemenea, că pacientul știe pe cine să sune sau la cine să apeleze în cazul în care se intensifică simptomele sau apare o situație de criză, mai ales în perioada de început, când încă nu a apucat să se stabilească alianța terapeutică.

La sfârșitul procesului de evaluare, este important să urmați principiile etice prin discutarea opțiunilor rezonabile de tratament. Nu toți pacienții care urmează un tratament se recuperează și mulți chiar abandonează tratamentul în primele etape (Steenkamp, Litz, Hoge & Marmar, 2015). În cele din urmă, informarea corectă, de o manieră suportivă și încurajatoare, cu privire la avantajele și limitele tratamentului, reprezintă un pas important în aderarea la principiile etice de echitate, integritate și respect pentru dreptul pacientului la autodeterminare (Codul etic al APA, Principiul C: Integritate, Principiul D: Echitate, Principiul E: Respect pentru drepturile și demnitatea persoanelor). Discutarea clară a modului în care ar urma să se desfășoare tratamentul poate ajuta la implicarea pacientului în tratament. Pentru a-i da posibilitatea pacientului să ia o decizie cât mai informată cu privire la următorii pași și pentru a-l avertiza cu privire la potențialele probleme, va trebui ca dumneavoastră să fiți la curent cu rezultatele cercetărilor privind diversele forme de tratament, precum și cu procedurile și limitele fiecăreia. Este esențial să faceți toate eforturile pentru a încuraja implicarea în tratament în ciuda potențialelor minusuri, întrucât participarea la tratament oferă cele mai bune șanse de îmbunătățire a calității vieții pe termen lung. O altă strategie pentru încurajarea implicării în tratament este de a discuta cât de reduse sunt șansele ca simptomele să se rezolve de la sine și de a arăta cât de diferită ar fi viața pacientului dacă simptomele s-ar diminua substanțial.

Managementul riscurilor — cum vă protejați pacientul și cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 9.4:

Ce riscuri specifice pot apărea la persoanele cu tulburare de stres posttraumatic (F43.10)? Aveți vreo responsabilitate etică față de soția și copiii lui Max?

Trebuie să privim principiile etice și în contextul cerințelor legale ale profesiei. Pot apărea probleme atunci când obligațiile etice nu se potrivesc cu cerințele legale. De exemplu, faptul că trebuie să raportați autorităților anumite situații (vezi Schaffer & Rodolfa, 2016, pp. 115-116) poate să pună în pericol implicarea pacientului în tratament și să dăuneze relației cu acesta. Cum veți gestiona cerințele etice legate de confidențialitate, consimțământul informat, protejarea grupurilor vulnerabile și obligațiile legale? Pentru a complica și mai mult situația, conform unor recente cazuri de precedente legale, persoanele care au obligația să sesizeze autoritățile pot fi trase la răspundere dacă nu informează autoritățile atunci când află că un copil ar putea fi în pericol de a fi victima unui abuz (Child Welfare Information Gateway, 2014). Ca furnizori de servicii de sănătate mentală, psihologii nu au responsabilități legate doar de cazurile de abuz al unui copil, ci în orice situație de pericol vital, inclusiv risc de suicid. În consecință, ar trebui să-i informați de la bun început pe pacienții dumneavoastră despre excepțiile de la regula confidențialității, spunându-le că informațiile pe care vi le dau cu privire la cazuri prezente sau trecute de abuz al unui copil sau comportamente prin care persoana prezintă un risc față de alte persoane sau față de ea însăși pot fi raportate la poliție, în funcție de cerințele legale din jurisdicția în care vă aflați, dar că procedura de raportare, atunci când este necesară, se va derula cu implicarea pacientului, în măsura posibilului.

Concluzii

ACTIVITATEA 9.5:

Care ar fi cel mai util plan de tratament pentru acest pacient? Care sunt problemele cu care v-ați putea confrunta în acest sens?

Ne-am referit până acum la o serie de potențiale ținte ale tratamentului: PTSD cronic (F43.10), depresie (F32.9), abuz de alcool (F10.10), insomnie (G47.9) și probleme maritale (Z63.0). Dacă tulburarea de stres posttraumatic este considerat diagnosticul principal, înseamnă că o vom pune în capul listei. S-a demonstrat totodată că severitatea unora dintre tulburările sau problemele comorbide se va diminua odată cu aplicarea tratamentului pentru PTSD (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper & Lewis, 2013). Prin urmare, date fiind resursele limitate și cerințele tratamentului, puteți decide în colaborare cu pacientul dumneavoastră să observați în ce fel se modifică simptomele după tratamentul pentru PTSD mai curând decât să vă ocupați în același timp și de simptomele tulburărilor comorbide, în funcție de severitatea acestor simptome și de probabilitatea ca ele să fie afectate de tratamentul pentru PTSD. De exemplu, dacă uzul de substanțe are un grad înalt de severitate sau a precedat tulburarea de stres posttraumatic, ar fi bine să vă gândiți la alte opțiuni de tratament pentru abuzul de substanțe înainte să începeți tratamentul pentru PTSD sau în conjuncție cu acesta (Saxon & Simpson, 2015). Există diverse intervenții de tip psihoterapeutic, farmacologic și somatic ce și-au demonstrat eficiența în abordarea tulburării de stres posttraumatic, iar, dintre acestea, psihoterapiile cognitive și cele bazate pe expunere au fost identificate ca având cel mai puternic suport empiric, conform concluziilor din mai multe meta-analize, studii sistematice și manuale detaliate (vezi și Finley și colab., 2017; Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009; Haagen, Smid, Knipscheer & Kleber, 2015; Steenkamp și colab., 2015; Watts și colab., 2013). Cu toate acestea, unele dintre aceste metode de tratament au și rate destul de mari de abandon (Steenkamp și colab., 2015), drept pentru care ar merita să discutați și despre alte metode de tratament, cu suport empiric mai slab, dar cu rate mai mici de abandon (resursele bibliografice menționate mai devreme oferă liste extinse de astfel de metode de tratament și efectele acestora).

Referințe bibliografice

American Psychological Association. (2010). *Stress in America*. Accesat la: http:// www.apa.org/helpcenter/managing-stress.aspx

American Psychological Association. (2013). *Road to resilience*. Accesat la: http://www.uis.edu/counselingcenter/wp-ontent/uploads/sites/87/2013/04/the_road_to_resilience.pdf

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie 2010 și pe 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Bisson, J I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*, CD003388. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4

Child Welfare Information Gateway. (2014). *Penalties for failure to report and false reporting of child abuse and neglect*. Washington, DC: Children's Bureau, U.S. Department of Health and Human Services. Accesat la: https://www.childwelfare.gov/topics/systemwide/laws-policies/statutes/report

Finley, E.P., Noël, P.H., Lee, S., Haro, E., Garcia, H., Rosen, C., & Pugh, J.A. (16 martie 2017). Psychotherapy practices for veterans with PTSD among community-based providers in Texas. *Psychological Services*. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/ser0000143

Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Foa, E.B., Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Hembree, E.A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1022–1028. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.1022

Friedman, M.J., Keane, T.M., & Resick, P.A. (2015). *Handbook of PTSD: Science and practice* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Goodwin, L., Jones, M., Rona, R. J., Sundin, J., Wessely, S., & Fear, N.T. (2012). Prevalence of delayed-onset posttraumatic stress disorder in military personnel: Is there evidence for this disorder? Results of a prospective UK cohort study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 200*, 429–437. http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e31825322fe

Haagen, J.F., Smid, G.E., Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis. *Clinical Psychology Review, 40*, 184–194. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.008

National Center for PTSD. (2016). Facts about PTSD. *Psych Central*. Accesat la: https://psychcentral.com/lib/facts-about-ptsd

Sareen, J., Houlahan, T., Cox, B.J., & Asmundson, G.J.G. (2005). Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*, 450–454. http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000168263.89652.6b

Saxon, A J., & Simpson, T.L. (2015). Co-occurring substance use disorders and PTSD. În N.C. Bernardy & M.J. Friedman (coord.), *A practical guide to PTSD treatment: Pharmacological and psychotherapeutic approaches* (pp. 135–150). Washington, DC: American Psychological Association.

Schaffer, J., & Rodolfa, E. (2016). *A student's guide to assessment and diagnosis using the ICD-10-CM: Psychological and behavioral conditions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Steenkamp, M.M., Litz, B.T., Hoge, C.W., & Marmar, C.R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA, 314*, 489–500. http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.8370

Watts, B.V., Schnurr, P.P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W.B., & Friedman, M.J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 74*, e541–e550. http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12r08225

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD Checklist for* DSM-5 *(PCL-5)*. Accesat pe website-ul National Center for PTSD website: https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp

World Health Organization. (1993). *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice*, București, Editura Trei, 2016.

10

F43.2 Tulburări de adaptare

Gregory A. Hinrichsen și Aliza Romirowsky

Tulburarea de adaptare este o tulburare ce presupune o stare subiectivă de distres emoțional, implicând de obicei depresie, anxietate sau ambele, ca urmare a unei schimbări semnificative de viață sau a unui eveniment de viață stresant, care interferează cu capacitatea persoanei de a funcționa în mod eficient. Întrucât multe persoane vârstnice se confruntă cu probleme de viață la care trebuie să se adapteze, capitolul dedicat tulburării de adaptare se va concentra asupra acestei grupe de vârstă.

În fiecare zi, aproximativ 10 000 de persoane din generația numită „baby boomer”[21] împlinesc vârsta de 65 de ani. Până în 2030, aproximativ 20% din populația Statelor Unite va avea vârsta de 65+ ani (Karel, Gatz & Smyer, 2012). Mai multe țări europene și Japonia vor înregistra, de asemenea, procente ridicate de persoane de vârsta a treia. În mod surprinzător pentru unii, ratele pentru majoritatea tulburărilor mentale, inclusiv rata depresiei, sunt mai mici în rândul persoanelor vârstnice comparativ cu persoanele mai tinere. Studiile arată și că vârstnicii sunt mai fericiți decât persoanele mai tinere (Carstensen, Fung & Charles,

---

[21] Generația „baby boomer” este generația celor născuți în anii de după cel de-Al Doilea Război Mondial. (N.t.)

2003). Singura tulburare mentală care se întâlnește mai frecvent la această categorie de vârstă este demența, reprezentând pierderea progresivă a abilităților mentale. Boala Alzheimer (G30.0 și F02.8) și demența vasculară (F01.5) sunt tulburările mentale cel mai des întâlnite în sfera declinului cognitiv la vârstnici.

Vârstnicii care solicită servicii psihologice acuză cel mai des simptome depresive și anxioase. Deseori depresia sau anxietatea sunt precedate de probleme ce țin de viața de zi cu zi, multe dintre ele fiind legate de starea de sănătate. Pe măsură ce îmbătrânim, suntem mai predispuși la probleme medicale, mai ales probleme medicale cronice. Psihologii ce lucrează cu persoanele vârstnice tratează în mod frecvent tulburări de adaptare legate de probleme medicale, de îngrijirea unei persoane cu probleme medicale sau cognitive sau de moartea unei persoane apropiate.

Cazul

Dumneavoastră sunteți angajat ca psiholog într-o clinică de geriatrie. Unul dintre medicii specialiști v-a relatat faptul că un pacient de-al său, domnul Brooks, de rasă caucaziană, în vârstă de 77 de ani, pare să fie deprimat și face față destul de greu pierderii soției sale. Conform medicului, a sunat fiica domnului Brooks, spunând că tatăl ei „are nevoie de medicamente antidepresive". Medicul ezită să adauge încă un medicament pe lista lungă de medicamente pe care domnul Brooks le ia deja, drept pentru care v-a rugat să-i faceți domnului Brooks o evaluare psihologică, în vederea acordării unui tratament psihologic. Faptul că doctorul preferă să nu îmbogățească lista de medicamente reflectă îngrijorarea din sfera medicinei geriatrice cu privire la posibilele efecte adverse ale medicației excesive asupra vârstnicilor — fenomen numit *polifarmacie* (Arnold, 2008).

Stabiliți o primă întâlnire cu domnul Brooks pentru a culege mai multe informații. Domnul Brooks vă mărturisește că a îngrijit-o pe soția sa timp de aproape zece ani, după ce a fost diagnosticată cu boala Alzheimer cu debut precoce (fără perturbări comportamentale; G30.0, F02.80). La început, soția sa avea unele probleme minore de memorie, însă situația s-a agravat odată cu trecerea timpului. Soția domnului Brooks a murit cu aproape cinci luni înainte ca domnul Brooks să ajungă la dumneavoastră. Afirmă că se descurcă pe cât de bine poate, fiind supărat că fiica sa i-a spus doctorului că el ar avea nevoie de un consult psihologic. „Să nu-și bage nasul unde nu-i fierbe oala", remarcă domnul Brooks cu iritare. A fost de acord să se întâlnească cu dumneavoastră doar pentru că are încredere în medicul său gerontolog, pe care îl simpatizează. Din primul moment, domnul Brooks vă lasă impresia unei persoane foarte independente.

Domnul Brooks recunoaște că în ultimele cinci luni a fost foarte afectat de pierderea soției sale. „E normal, nu-i așa, domnule doctor?". Spune, de asemenea, că s-a simțit trist, „ca și cum i s-ar fi înecat toate corăbiile", descurajat, nemafiind interesat de lucrurile care prezentau interes pentru el înainte. Sunt și unele „zile bune", dar ar vrea să fie mai multe. Nu se descurcă la fel de bine ca înainte, dar spune că oricum nu prea are multe de făcut. A început să fie îngrijorat de propria sănătate și de starea nepoților săi („Am devenit foarte cicălitor").

Recunoaște că anii în care s-a îngrijit de soția sa au fost foarte stresanți. „Devenise o slujbă cu normă întreagă", observă el. Enumeră lucrurile pe care trebuia să le facă pentru soția sa pe măsură ce starea ei de demență se înrăutățea: să o ducă la medic, să se asigure că-și ia medicamentele, să plătească facturile și să pregătească singur aproape fiecare masă. Responsabilitățile sale nu încetau să se multiplice: să-și ajute soția să se spele, să aibă grijă de ea când era confuză și uneori agitată. Atunci când soția sa n-a mai putut să se ridice din pat, a angajat pe cineva cu jumătate de normă să aibă grijă de ea acasă: „următoarea mea slujbă a a fost cea de angajator de asistente medicale la domiciliu". Soția sa și-a petrecut ultimul an din viață într-un cămin pentru vârstnici. Acolo o vizita zilnic și se asigura că are parte de toată îngrijirea pe care el simțea că o merita. Deși a trebuit să se descurce cu atâtea responsabilități, domnul Brooks este mândru că s-a ocupat de soția sa: „în familie ne ajutăm între noi". În ciuda deteriorării cognitive a soției sale, în relația dintre ei doi s-a dezvoltat o nouă formă de apropiere. Domnul Brooks crede că a gestionat bine toate responsabilitățile pe care le-a presupus îngrijirea soției sale. Se declară surprins de faptul că îngrijirea soției sale a fost pentru el gratificantă în multe feluri. Reflectă mult la anii petrecuți împreună și, deși relația lor a avut și părți mai bune, și părți mai rele, crede că a avut noroc să-și împartă viața cu o soție atât de bună.

Este de remarcat faptul că domnul Brooks și-a asumat un rol activ în filiala locală a asociației pentru bolnavii de Alzheimer, un grup național de sprijin și lobby pentru persoanele aflate în această situație. La un moment dat, chiar a fost vicepreședintele grupului și a organizat evenimente de strângere de fonduri. Potrivit spuselor domnului Brooks, se pricepe la activități de organizare și administrare. Chiar a avut propria lui firmă de contabilitate, pe care a condus-o cu succes o vreme îndelungată și unde a avut la un moment dat 30 de angajați. A lucrat part-time în primii ani de după declanșarea demenței soției sale, dar apoi s-a dedicat complet „celeilalte slujbe ale sale", și anume îngrijirea soției sale. Fiica lor s-a oferit să contribuie la îngrijirea mamei, însă domnul Brooks a considerat că se descurcă și de unul singur. Cu excepția implicării sale în asociația pentru bolnavii de Alzheimer, n-a mai păstrat contactul cu prietenii și familia. În trecut fusese jucător învederat de racquetball[22], membru în Rotary Club și enoriaș activ. Apoi, pe măsură ce s-a dedicat îngrijirii soției sale, a încetat să mai participe la vreuna dintre aceste activități.

În luna de după moartea soției sale, domnul Brooks s-a menținut în activitate ocupându-se de numeroasele sarcini de îndeplinit după decesul soției. Apoi „n-am prea mai avut nimic de făcut", își amintește el. Nu s-a mai dus la mormântul soției în fiecare săptămână întrucât, spune el, începuse să se obișnuiască cu dispariția ei. N-a mai găsit nici motivația de a mai fi activ în asociația pentru bolnavii de Alzheimer. A început să-și viziteze mai des fiica, însă acum nepoții au crescut și nu mai vor să petreacă la fel de mult timp cu el ca în copilărie. Domnul Brooks simte că trebuie să facă eforturi speciale ca să iasă din casă. „Dar când ies, nici nu prea am ce să fac. Cât timp poți să petreci făcând cumpărături?". Spre surprinderea sa, se simte deprimat, îngrijorat, descurajat și lipsit de motivație pentru prima dată în viață. Spune că nu înțelege cum de a putut să poarte de grijă unei alte persoane, dar nu poate să aibă grijă de el însuși. „Nu știu ce să fac. Și nici nu vreau s-o las pe fiica mea să-mi conducă viața."

---

[22] Sport jucat într-un spațiu încadrat de patru pereți, de doi sau patru jucători, constând în lovirea, cu o rachetă cu mâner scurt, a unei mingi de cauciuc de peretele din față. Jocul se oprește dacă mingea sare de două ori pe podea sau nu atinge peretele din față. (N. red.)

ACTIVITATEA 10.1:

Care credeți că sunt factorii precipitanți ai simptomelor depresive și anxioase în cazul de față? La prima vedere, ce credeți despre relația pe care domnul Brooks o are cu fiica sa?

La fel cum procedați pentru evaluările făcute în cazul adulților mai tineri, veți strânge și în acest caz informațiile de bază (vârstă, statut marital, educație, identificare etnică/rasială/de gen, orientare sexuală etc.), istoricul de sănătate mentală, starea de sănătate fizică și mentală actuală, medicație curentă, istoricul problemelor cu care se confruntă în prezent, anamneză generală și evaluarea riscului de autovătămare sau vătămare a altor persoane. Aceste date oferă o bază pentru realizarea unui diagnostic precis și, apoi, a unui plan de tratament. Dată fiind prevalența în creștere a problemelor de sănătate și cognitive în cazul vârstnicilor, este important să evaluați aceste aspecte cu mai multă atenție decât în cazul adulților mai tineri (Asociația Psihologilor Americani [APA], 2014; Edelstein, Martin & Gerolimatos, 2013). În privința domnului Brooks, veți avea nevoie să cunoașteți situația lui medicală curentă, precum și orice tratamente medicamentoase pe care le urmează în prezent. Chiar dacă lucrați în aceeași clinică cu medicii care se ocupă de domnul Brooks, tot trebuie să obțineți consimțământul informat al pacientului dumneavoastră — de obicei și permisiunea scrisă — de a-i contacta pe medici cu scopul de a confirma sau completa informațiile oferite de către pacient. În situația unor probleme medicale, aceste informații sunt importante fiindcă uneori problemele medicale sau tratamentele medicamentoase prescrise pacientului reprezintă cauza simptomelor de sănătate mentală. În plus, puteți să faceți un test scurt de tip screening pentru a vedea funcționarea cognitivă a pacientului, dat fiind riscul crescut de dificultăți cognitive la persoanele vârstnice. Există mai multe instrumente de screening cognitiv, cu bune proprietăți psihometrice, printre care testul Montreal Cognitive Assessment și Mini-Mental State Examination (Nasreddine și colab., 2005; Tombaugh, McDowell, Kristjansson & Hubbey, 1996). Aceste instrumente pun uneori în evidență ușoare probleme cognitive care altfel nu ar fi observate. Dacă screeningul cognitiv indică anumite probleme, pacientul va trebui evaluat mai atent pentru posibile tulburări cognitive sau va fi trimis la un neuropsiholog pentru o evaluare detaliată.

Diagnosticul conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 10.2:

Pe baza datelor de până acum, care sunt posibilele diagnostice conform ICD-10-CM? Ce impact ar avea asupra evaluării dumneavoastră informațiile primite de la medicul gerontolog? Ce alte informații despre starea domnului Brooks ați vrea să mai aflați de la medicul gerontolog?

O primă întrebare în procesul de diagnosticare este dacă domnul Brooks are vreo problemă medicală (aici intrând și „polifarmacia") care ar putea explica debutul simptomelor anxioase și depresive. Deși probabil că medicul gerontolog deja a explorat și eliminat posibilitatea unei cauze medicale, ar fi bine să discutați cu medicul atât pentru a clarifica orice nelămuriri cu privire la afecțiunile medicale și medicamentele luate de domnul Brooks, cât și pentru a cunoaște părerea medicului cu privire la funcționarea anterioară a acestuia, modul în care domnul Brooks se raportează la el însuși și la ceilalți, modul în care reacționează la stres, precum și dispoziția sa tipică. De exemplu, este posibil să sufere de o tulburare organică a dispoziției (F06.3x) și de o tulburare organică de anxietate (F06.4). Dacă se poate exclude o explicație medicală pentru simptomele anxioase și depresive ale domnului Brooks, următorul pas va fi să stabiliți natura și severitatea simptomelor sale depresive.

Sunt suficient de severe și persistente simptomele depresive ale domnului Brooks pentru a îndeplini criteriile unei tulburări depresive majore (F32.*x*) conform ICD-10-CM? Dacă da, simptomele corespund unui episod depresiv ușor, moderat sau sever, cu sau fără simptome psihotice (F32.0, F32.2., F32.3)? Dacă au mai existat episoade depresive în trecut, atunci ar fi adecvat un diagnostic de tulburare depresivă majoră recurentă (F33.*x*), de severitate corespunzătoare. A existat vreun episod sau au existat mai multe episoade maniacale (F30.*x*, vezi capitolul 4 din acest volum), caz în care puteți lua în calcul un diagnostic de tulburare bipolară (F31.xx)? Domnul Brooks nu prezintă un istoric de tulburări mentale și nici nu descrie sau prezintă simptome psihotice.

Domnul Brooks a semnalat existența sentimentelor de durere profundă, tristețe, descurajare, pierderea interesului și sentimentul că „i s-au înecat toate corăbiile", spunând însă că are și „zile bune". Potrivit ICD-10-CM, tristețea profundă după moartea unei persoane nu este o tulburare mentală, întrucât este considerată o reacție normală și de așteptat la pierderea unei persoane apropiate. Oare sentimentul de a fi trist și de a i se „îneca corăbiile" echivalează cu o stare depresivă? Este bine să clarificați înțelesul acestor termeni descriptivi împreună cu domnul Brooks. Dacă „tristețea" este pentru el echivalentul doliului, atunci nu este același lucru cu o depresie, însă oamenii folosesc diverși termeni pentru a descrie stările afective, inclusiv ceea ce psihologii numesc „depresie". Fiecare generație are vocabularul propriu pentru a descrie stările emoționale și fiecare generație se simte mai bine sau mai rău atunci când vine vorba să le împărtășească altcuiva. Pentru a lămuri înțelesul expresiei „a i se îneca corăbiile" puteți pune întrebări cum ar fi: „Vă simțiți fără speranță?", „Simțiți că nu aveți puterea să mai faceți vreo schimbare?", „Vă simțiți fericit?", „Aveți o stare de spirit bună?". Întrebări de acest fel sunt incluse în scala depresiei geriatrice (Geriatric Depression Rating Scale; Yesavage și colab., 1982), care a fost standardizată pentru persoane vârstnice. Pe baza declarațiilor domnului Brooks, se poate trage concluzia că are simptome depresive.

Durata simptomelor reprezintă un element important în stabilirea diagnosticului conform ICD-10-CM. Simptomele depresive au apărut la o lună după moartea soției sale și continuă în prezent, ceea ce înseamnă o durată de patru luni. Această durată justifică excluderea diagnosticului de tulburarea distimică (F34.1) întrucât simptomele depresive ar trebui să fie prezente timp de doi ani în acest caz. Pentru a întruni criteriile pentru tulburarea depresivă majoră în forma cea mai ușoară, domnul Brooks ar fi trebuit să manifeste cel puțin două dintre următoarele simptome timp de cel puțin două săptămâni: dispoziție depresivă în cea mai mare parte a zilei, pierderea interesului față de activități considerate până atunci plăcute și scăderea energiei. Ar mai fi trebuit, de asemenea, să aibă cel puțin două simptome din lista următoare, ducând la un total de patru sau mai multe simptome: stimă de sine scăzută, sentimente excesive de vinovăție, ideație suicidară, dificultăți de concentrare, perturbări psihomotorii și modificări ale somnului (Organizația Mondială a Sănătății, 1993). Deși domnul Brook prezintă câteva dintre aceste simptome, nu prezintă totuși un număr suficient de simptome pentru a întruni criteriile unui episod de tulburare depresivă majoră de tip ușor (F32.0), moderat (F32.1) sau sever fără simptome psihotice (F32.2).

Domnul Brooks afirmă că îl copleșesc grijile din ce ce mai mult, drept pentru care putem să ne gândim la posibilitatea unei tulburări anxioase. Are simptome de anxietate care s-ar potrivi cu o tulburare de anxietate? Foarte important ar fi să vedem dacă domnul Brooks întrunește criteriile pentru tulburarea de anxietate generalizată (F41.1), caracterizată de o stare de îngrijorare excesivă din diverse motive, precum și trăirea unor simptome fizice de anxietate (transpirație excesivă, ritm cardiac accentuat) timp de cel puțin șase luni. În lipsa altor simptome de anxietate, nu se poate constata întrunirea criteriilor pentru tulburarea de tip anxietate generalizată, deci nici în cazul domnului Brooks.

În această etapă a procesului de diagnostic, două diagnostice par să fie cele mai potrivite, date fiind simptomele pacientului: altă tulburare anxioasă mixtă (F41.3) și tulburare de adaptare (F43.2). Pacientul are într-adevăr simptome atât de depresie, cât și de anxietate. Cu toate acestea, domnul Brooks indică foarte clar faptul că aceste simptome au fost precedate de un factor de stres psihosocial, și anume, moartea soției sale. Prin urmare, tulburarea de adaptare este categoria de diagnostic cea mai relevantă.

Conform ICD-10-CM, în cazul tulburărilor de adaptare trebuie să existe un factor de stres psihosocial cu o lună înainte de debutul simptomelor. După cum am mai spus, domnul Brooks are simptome subclinice de depresie și anxietate și prezintă modificări comportamentale: este mai puțin interesat și implicat în activități, fiind într-adevăr mai puțin activ. Prin urmare, două subtipuri ale tulburării de adaptare par să se potrivească: tulburare de adaptare cu reacție mixtă, anxioasă și depresivă (F43.23) și tulburare de adaptare cu perturbare mixtă, a emoțiilor și conduitei (F43.25). Perturbarea mixtă a emoțiilor și conduitei include „atât simptome emoționale, cât și perturbări ale conduitei", categorie în care intră de obicei comportamentele disociale sau agresive. Anxietatea și depresia sunt considerate „simptome emoționale". Putem considera că dificultățile de funcționare ale domnului Brooks sunt perturbări ale conduitei? Aceasta este o chestiune care ține de judecata clinică. De dragul discuției, să presupunem că ați ajuns la concluzia că funcționarea domnului Brooks, prin comparație cu nivelul anterior de funcționare, poate fi caracterizată drept „perturbare a conduitei". În acest caz, diagnosticul final va fi cel de tulburare de adaptare cu perturbare mixtă, a emoțiilor și conduitei (F43.25).

Pentru a putea stabili un diagnostic conform ICD-10-CM, uneori simțiți că este nevoie de mai multe informații decât cele obținute în timpul interviului. După cum am menționat anterior, în cazul domnului Brooks ați putea afla mai multe informații de la medicul gerontolog care l-a trimis. La nevoie, și având consimțământul pacientului, membrii de familie pot oferi puncte de vedere importante. O dificultate care apare în diagnosticarea pacienților care au suferit o pierdere (recentă sau nu) ține de diferențierea sentimentelor „normale" de doliu, de simptomele depresive, dificultate în legătură cu care există mai multe opinii ale specialiștilor (Shear și colab., 2011).

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

În activitatea dumneavoastră profesională, pe lângă legile și regulamentele care stabilesc cum se desfășoară practicarea profesiei de psiholog, veți urma și codul de etică al Asociației Psihologilor Americani, *Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită* (APA Ethics Code, 2017). În lucrul cu adulții vârstnici, vă sunt utile lucrările „Guidelines for Psychological Practice With Older Adults" (APA, 2014) și *Ethical Practice in Geropsychology* de Bush, Allen și Molinari (2017). Scopul ghidului publicat de APA este acela de a-i ajuta pe psihologi să-și evalueze propria disponibilitate pentru lucrul cu adulții vârstnici, să caute și să folosească formările necesare pentru a-și spori nivelul de cunoștințe, abilități și experiență relevante în această sferă de activitate. În ghidul mai sus menționat, instrucțiunea care se referă cel mai direct la chestiunile de etică este instrucțiunea cu numărul 19: „Psihologii se vor strădui să înțeleagă problemele etice și/sau legale specifice lucrului cu adulții vârstnici". Mai jos vom discuta câteva dintre aceste principii, în legătură cu cazul domnului Brooks.

LIMITELE COMPETENȚEI

Dată fiind creșterea numărului de adulți vârstnici în raport cu întreaga populație a Statelor Unite, psihologii vor avea mai mulți clienți vârstnici decât aveau până nu demult. Psihologii care au pregătirea necesară pentru a lucra cu adulții au și abilitățile necesare pentru a evalua și trata multe dintre problemele persoanelor de vârsta a treia, însă, în cazurile mai complicate, ar putea fi nevoie de consultarea unui geropsiholog (vezi codul de etică al APA, Standardul 2.01b, Limitele competenței). „Guidelines for Psychological Practice With Older Adults"(APA, 2014) oferă o prezentare generală a cunoștințelor, abilităților și atitudinilor necesare pentru psihologii care oferă servicii profesionale adulților vârstnici. Îndrumările le vor fi utile psihologilor care lucrează cu adulții vârstnici. Dat fiind că, potrivit scenariului din acest capitol, sunteți geropsiholog, aveți deja abilitățile necesare. Cu toate acestea, dacă domnul Brooks ar prezenta deficite cognitive semnificative, iar dumneavoastră nu ați avea experiență în folosirea instrumentelor de evaluare neuropsihologică, ar fi mai bine dacă l-ați trimite pe domnul Brooks la un neuropsiholog (și probabil și la un neurolog) pentru o evaluare amănunțită.

ACTIVITATEA 10.3:

După prima dumneavoastră ședință cu domnul Brooks, primiți un telefon de la fiica acestuia, care vă oferă informații despre tatăl ei pe care ea le consideră utile și vă întreabă cum a mers evaluarea. Ce îi puteți spune?

PĂSTRAREA CONFIDENȚIALITĂȚII ȘI DEZVĂLUIREA DE INFORMAȚII

De multe ori, adulții vârstnici caută serviciile unui psiholog la solicitarea unei alte persoane. Deseori, fiica sau fiul persoanei în cauză o îndeamnă pe aceasta să meargă la psiholog întrucât se îngrijorează cu privire la starea sa emoțională sau cognitivă. Chiar dacă pacientul se află în cabinetul dumneavoastră la îndemnul fiicei sau fiului adult, tot trebuie să obțineți permisiunea pacientului pentru a putea dezvălui orice informație fiicei sau fiului acestuia. Se mai întâmplă ca psihologii să vorbească cu copiii pacientului vârstnic sau cu un alt specialist medical fără să aibă consimțământul formal al pacientului. Psihologii presupun că rudele pacientului vor binele acestuia, ceea ce poate fi adevărat sau nu. Pacientul tot are dreptul să-și dea sau nu acordul pentru dezvăluirea de informații (vezi codul de etică al APA, Standardul 4.01, Păstrarea confidențialității, și Standardul 4.05, Dezvăluirea de informații). Dacă pacientul nu-și dă consimțământul formal privind dezvăluirea de informații, înseamnă că este vorba de încălcarea confidențialității, ceea ce poate crea probleme legale, etice și de statut profesional. Acestea fiind spuse, rudele pot oferi informații utile despre problemele și punctele forte din trecut și din prezent ale pacientului, fiind deseori aliații dumneavoastră în oferirea unui tratament eficient pacientului vârstnic. Atunci când pacientul nu vrea să-și dea consimțământul pentru dezvăluirea de informații față de un membru al familiei, este bine să înțelegeți motivele de la baza acestei decizii. De exemplu, este posibil ca pacientul să aibă un conflict de multă vreme cu un membru de familie, iar acest conflict poate reprezenta un subiect de atins în cadrul tratamentului. Un asemenea scenariu vă arată cum problemele privind consimțământul informat, precum și alte aspecte etice implică de multe ori chestiuni mai vaste legate de relaționare și de modul în care acestea pot apărea în cadrul terapiei.

FOLOSIREA INSTRUMENTELOR DE EVALUARE

Una dintre provocările în evaluarea pacienților vârstnici ține de folosirea unor instrumente care să aibă validitate și fidelitate în raport cu grupa de vârstă. De multe ori nu există date psihometrice oficiale pentru instrumentele de evaluare în cazul adulților vârstnici. Studiile recente au identificat unele instrumente și proceduri care beneficiază de validitate și fidelitate pentru lucrul cu persoanele vârstnice. Psihologii care oferă în mod curent servicii adulților vârstnici trebuie să se familiarizeze cu aceste instrumente. Atunci când sunt folosite instrumente care nu au fost validate pentru adulții vârstnici, concluziile ce reies din evaluare trebuie să țină cont de posibilele limitări ale validității rezultatelor obținute (vezi Codul de etică al APA, Standardul 9.02, Folosirea instrumentelor de evaluare).

CAPACITATEA DE A OFERI CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT

Ar trebui să plecați de la presupunerea că adulții vârstnici au capacitatea de a-și da consimțământul pentru evaluare, tratament și dezvăluire de informații. Și totuși, uneori situația este diferită. Psihologii primesc periodic solicitări de a evalua capacitățile de un fel sau altul ale unei persoane vârstnice, de exemplu, dacă aceasta este capabilă să se ocupe singură de chestiuni medicale, financiare și legale ce privesc propria sa viață. În unele cazuri, problema evaluării capacității apare în cursul efectuării unei evaluări ce nu este dedicată abilităților cognitive (de exemplu, depresie, anxietate, probleme de somn). Când lucrați cu o persoană care s-ar putea să nu aibă capacitatea să-și dea consimțământul, este important să-i oferiți persoanei explicații cu privire la procesul de evaluare, să obțineți acordul persoanei pentru evaluare (ceea ce înseamnă, de obicei, un acord exprimat verbal), să țineți cont de interesul și preferințele persoanei și să urmați prevederile legale (vezi Codul de etică al APA, Standardul 3.10; APA, 2017).

Managementul riscurilor — cum vă protejați clientul și cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 10.4:

Ce părere aveți despre lucrul cu pacienții vârstnici, precum domnul Brooks? Cazul vă declanșează gânduri despre faptul că părinții dumneavoastră îmbătrânesc sau că dumneavoastră înșivă înaintați în vârstă? Dacă sunteți mai tânăr, credeți că ați resimți un anumit disconfort în lucrul cu pacienți mult mai în vârstă decât dumneavoastră?

Bush și colegii săi (2017, capitolul 2) observă că noi toți avem anumite preconcepții, fie pozitive, fie negative, cu privire la îmbătrânire. Psihologii nu sunt imuni la prejudecățile cu privire la persoanele vârstnice, prejudecăți ce pot influența modul în care interacționăm cu persoanele în vârstă. Experiențele pozitive cu propriile noastre rude mai vârstnice pot să ne ajute în construirea unei relații bune cu pacienții în vârstă, în vreme ce percepțiile negative cu privire la procesul de îmbătrânire pot afecta negativ judecata clinică (Bush și colab., 2017). Dacă vă lăsați influențați de propriile probleme și experiență personală în practicarea profesiei de psiholog, vă expuneți acuzațiilor de practică neetică și incompetentă (vezi Codul de etică al APA, Standardele 2.06, Probleme și conflicte personale, și 3.01, Discriminare incorectă). Pentru a ne asigura că evaluăm și tratăm pacienții în vârstă de o manieră etică și competentă, este imperios necesar să ne conștientizăm propriile prejudecăți și modul în care acestea ne pot influența munca. Educația corespunzătoare, formarea și experiența sub supervizare în lucrul cu adulții vârstnici reprezintă unele dintre mecanismele de gestionare a riscurilor (vezi Codul de etică al APA, Standardul 2.01a).

CONSEMNAREA RESPECTĂRII DREPTULUI LA VIAȚĂ PRIVATĂ ȘI CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT

Pe lângă regulamente și aspecte etice, legea HIPAA[23] din 1996, lege cu statut federal, stabilește standardele pentru păstrarea informațiilor confidențiale ale pacienților. Instituțiile au de obicei diverse proceduri prin care își educă angajații cu privire la aspectele legii și respectarea acesteia. Psihologii neafiliați unei instituții și care lucrează sub acoperirea HIPAA sunt, de asemenea, obligați să urmeze prevederile legii HIPAA. De pildă, trebuie să conceapă documente care să ateste siguranța datelor și să consemneze faptul că o copie a acestora a fost oferită noilor pacienți. Legea spune și ce anume trebuie să facă un psiholog în cazul unei încălcări a acestor măsuri de siguranță.

CONSEMNAREA PROCESULUI CLINIC

Consemnarea completă a procesului clinic nu este doar un imperativ etic, dar și o modalitate bună de a vă asigura că pacienții pot plăti prin casele de asigurări medicale și că nu veți avea probleme legale sau cu autoritatea de reglementare a profesiei. De exemplu, Medicare cere ca pacienții să fie întrebați dacă sunt de acord să fie consultat furnizorul principal de servicii medicale, întrucât coordonarea eforturilor medicale este în favoarea pacientului. Fie că pacientul își dă acordul, fie că nu, acest lucru trebuie să fie consemnat. Vizitele pacientului trebuie să fie consemnate de fiecare dată. Trebuie menținută o evidență a situațiilor de dezvăluire a fișei pacientului, precum și a acordurilor scrise ale acestuia în acest sens. Cerințele privind tipul de informații care trebuie consemnate sunt în acord cu codul de etică al APA, regulamentele de la nivelul statului și regulamentele acelor entități care plătesc pentru servicii medicale. Este foarte important ca dumneavoastră să înțelegeți toate aceste cerințe și să fiți la curent cu orice schimbări, pentru a vă proteja împotriva oricăror procese sau probleme cu autoritatea de reglementare a profesiei.

---

[23] HIPAA — Health Insurance Portability and Accountability Act în original. (N.t.)

CERINȚE PRIVIND RAPORTAREA DE INFORMAȚII

În unele state, psihologii sunt mandatați de lege să raporteze informații privind cazuri de posibil abuz, neglijare sau rele tratamente la adresa unei persoane vârstnice. Va fi uneori dificil să păstrați confidențialitatea, dar și să raportați în același timp informațiile necesare. Ar fi bine să vă consultați cu colegii de profesie, dar și cu un avocat specializat în legile ce țin de domeniul medical.

Concluzii

ACTIVITATEA 10.5:

Ce modele de tratament v-ar fi de folos în intervenția pe care o planificați în cazul dlui Brooks? Credeți că medicamentele antidepresive ar fi utile pentru atenuarea simptomelor?

Ați ajuns la concluzia că domnul Brooks ar beneficia de pe urma unei psihoterapii de scurtă durată care să-i ușureze adaptarea la noile circumstanțe de viață, dat fiind că persoanele vârstnice răspund la fel de bine la psihoterapie ca și persoanele mai tinere, conform cercetărilor (Scogin & Shah, 2012). De cele mai multe ori, nu este indicată folosirea medicației antidepresive în cazuri de tulburare de adaptare.

În cadrul unei ședințe de feedback, i-ați spus pacientului că dumneavoastră credeți că întâmpină dificultăți de adaptare nu numai la pierderea soției, dar și la pierderea rolului, îndeplinit o lungă perioadă de timp, de persoană care oferă îngrijire. Deseori, persoanele care se ocupă de o rudă infirmă își limitează interacțiunile cu ceilalți și implicarea în activitățile odată plăcute, devenind îngrijitori cu normă întreagă — un fenomen de tipul identificării cu rolul. După decesul acestei rude, persoana va trebui să facă efortul de a-și recupera vechile „roluri" sau de a dezvolta modalități noi de implicare (Skaff & Pearlin, 1992). Domnul Brooks trăiește sentimentele normale de doliu legate de moartea soției sale. Starea depresivă, anxietatea, descurajarea și dificultatea de a efectua orice activitate fac parte din ceea ce psihologii numesc „tulburare de adaptare". Domnul Brooks se află într-o etapă de tranziție din viață și pare să se fi împotmolit puțin — iar depresia și anxietatea îl împiedică să-și continue viața.

I-ați propus să participe la o formă de psihoterapie de scurtă durată, numită psihoterapie interpersonală (IPT; Hinrichsen & Clougherty, 2006). Psihoterapia interpersonală se bazează pe ideea că problemele ce apar în viața de zi cu zi duc uneori la depresie, iar depresia în sine devine o problemă întrucât persoanele deprimate se simt deseori triste, acționează mai puțin, gândesc mai negativ și au probleme emoționale și comportamentale. Cercetările din ultimii 40 de ani au arătat că psihoterapia interpersonală este utilă în tratamentul depresiei la adulți (Cuijpers et al., 2011). În ultimii ani, studiile au arătat că psihoterapia interpersonală este utilă și în cazul clienților vârstnici (Hinrichsen & Iselin, 2014; van Schaik și colab., 2006). În tratamentul depresiei, psihoterapia interpersonală include 16 ședințe. Scopul tratamentului este să reducă depresia și să îmbunătățească abilitatea pacientului de a gestiona problemele care au dus la depresie. Cele patru domenii pe care le are în vedere psihoterapia interpersonală sunt: conflictele de rol interpersonale (conflictele cu ceilalți), tranzițiile de rol (schimbările ce au loc în viața persoanei), durere/tristețe profundă (doliu complicat) și deficitele interpersonale (persoane care nu reușesc să inițieze sau să mențină relații). Sunt apoi definite scopurile și strategiile necesare pentru fiecare domeniu și se folosesc diverse tehnici terapeutice. Rolul psihoterapeutului este unul activ, colaborativ și suportiv. Psihoterapeutul îl ajută pe pacient să înțeleagă mai bine problemele ce țin de starea sa depresivă și sunt relevante din punct de vedere interpersonal, să genereze opțiuni pentru a aborda aceste probleme și apoi să depună eforturi pentru rezolvarea lor. Spre deosebire de psihoterapia cognitivă, psihoterapia interpersonală nu folosește temele scrise pentru acasă sau fișe structurate de exerciții și nici nu facilitează identificarea cognițiilor negative, neîncercând să le modifice. Se concentrează, în schimb, pe îmbunătățirea acelor relații din prezent care se leagă de debutul sau exacerbarea depresiei, precum și pe exprimarea afectului legat de schimbările din viața persoanei. Psihoterapia interpersonală este foarte potrivită pentru problemele observate în practica clinică la adulții vârstnici depresivi (Hinrichsen & Clougherty, 2006).

Referințe bibliografice

American Psychological Association. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist, 69*, 34–65. http://dx.doi.org/10.1037/a0035063

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 2010 și pe 1 ianuarie 2017. Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Arnold, M. (2008). Polypharmacy and older adults: A role for psychology and psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 283–289. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.283

Bush, S.S., Allen, R.S., & Molinari, V.A. (2017). *Ethical practice in geropsychology*. http://dx.doi.org/10.1037/0000010-000

Carstensen, L.L., Fung, H.H., & Charles, S.T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion, 27*, 103–123. http://dx.doi.org/10.1023/A:1024569803230

Cuijpers, P., Geraedts, A.S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J.C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry, 168*, 581–592. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101411

Edelstein, B.A., Martin, R.R., & Gerolimatos, L.A. (2013). Assessment in geriatric settings. În J.R. Graham, J.A. Naglieri, & I.B. Weiner (coord.), *Handbook of psychology: Vol. 10. Assessment psychology* (2nd ed., pp. 425–447). Hoboken, NJ: Wiley.

Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), Public Law 104-191.

Hinrichsen, G.A., & Clougherty, K.F. (2006). *Interpersonal psychotherapy for depressed older adults.* http://dx.doi.org/10.1037/11429-000

Hinrichsen, G.A., & Iselin, M.-G. (2014). Interpersonal psychotherapy. În N.A. Pachana & K. Laidlaw (coord.), *Oxford handbook of geropsychology* (pp. 622–636). Oxford, England: Oxford University Press.

Karel, M.J., Gatz, M., & Smyer, M.A. (2012). Aging and mental health in the decade ahead: What psychologists need to know. *American Psychologist, 67,* 184–198. http://dx.doi.org/10.1037/a0025393

Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society, 53,* 695–699. http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

Scogin, F., & Shah, A. (coord.). (2012). *Making evidence-based psychological treatments work with older adults.* http://dx.doi.org/10.1037/13753-000

Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N.,... Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for *DSM–5. Depression and Anxiety, 28,* 103–117. http://dx.doi.org/10.1002/da.20780

Skaff, M.M., & Pearlin, L.I. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist, 32,* 656–664. http://dx.doi.org/10.1093/geront/32.5.656

Tombaugh, T.N., McDowell, I., Kristjansson, B., & Hubley, A.M. (1996). Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Modified MMSE (3MS): A psychometric comparison and normative data. *Psychological Assessment, 8,* 48–59. http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.8.1.48

van Schaik, A., van Marwijk, H., Adèr, H., van Dyck, R., de Haan, M., Penninx, B., Beekman, A. (2006). Interpersonal psychotherapy for elderly patients in primary care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 14,* 777–786. http://dx.doi.org/10.1097/01.JGP.0000199341.25431.4b

World Health Organization. (1993). *ICD–10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament.* Descrieri clinice și îndreptare diagnostice, București, Editura Trei, 2016.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17,* 37–49. http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4

F45 Tulburarea somatoformă

Lauren Bigham și Ryan E. Breshears

Tulburările somatoforme (F45.0-F45.9) se caracterizează prin prezentarea unor simptome fizice multiple, de obicei recurente și schimbătoare, cu afectarea semnificativă a funcționării, inclusiv a funcționării în plan social și ocupațional. Aceste simptome apar în ciuda rezultatelor medicale negative sau a unor rezultate medicale care nu sunt suficiente pentru a justifica existența simptomelor. Din cauza costurilor asociate internărilor și vizitelor dese la medicul de familie, la medicul specialist sau la camera de urgență și a costurilor îngrijirii în spital sau în ambulatoriu, studiile estimează că tulburările de somatizare duc la cheltuieli de aproximativ 256 miliarde de dolari anual (Barsky, Orav & Bates, 2005). Pacienții cu tulburări de somatizare sunt mai curând femei, ne-caucaziene și cu un nivel scăzut de educație (Allen & Woolfolk, 2010), cu o comorbiditate a tulburărilor anxioase și depresive de 3,3 ori mai mare decât dacă ar fi aplicată regula probabilităților (de Wall, Arnold, Eekhof & van Hemert, 2004).

Puține alte tulburări psihiatrice cauzează mai multă confuzie la nivel de diagnosticare, cu rate de prevalență variind între 16% și 29% (de Waal și colab., 2004; Fink, Sørensen, Engberg, Holm & Munk-Jørgensen, 1999; Roca și colab., 2009). Termenul *somatoform* provine din cuvântul rădăcină *soma*, însemnând corp în greacă, și *forma*, însemnând formă în latină. Somatoform, prin urmare, sugerează ideea că o problemă psihologică se poate prezenta sub forma unei probleme ce ține de corp (Kirmayer, 1996). Pe măsură ce neuropsihologia și psihologia clinică a sănătății continuă să se dezvolte, iar psihologii sunt din ce în ce mai prezenți în mediul medical, identificarea corectă a tulburărilor somatoforme devine din ce în ce mai importantă.

Cazul

Sunteți specialist în psihologia sănătății clinice, cu cabinet propriu, și primiți un pacient cu trimitere de la medicul de familie, dr. Thomas. Trimisă la dumneavoastră pentru tratament antidepresiv, Mary este o femeie în vârstă de 26 de ani, de rasă caucaziană, măritată, cu 16 ani de educație și fără copii. La prima vizită lămuriți motivele pentru care s-a prezentat pacienta, precum și așteptările ei în privința întâlnirii cu un psiholog. Mary își descrie perspectiva după cum urmează.

Mary: Sănătatea mea se deteriorează și niciun doctor nu-mi poate spune de ce. Am fost la tot felul de specialiști și degeaba, m-am și săturat. Fac asta de peste doi ani și este frustrant atât pentru mine, cât și pentru soțul meu și pentru toată lumea. Îmi consumă toată energia. Toată viața mea se derulează în jurul acestei probleme. Nu știu ce să mai fac, dar vreau niște răspunsuri. Nu știu exact de ce m-a trimis dr. Thomas la dumneavoastră, mi-a zis că sunt depresivă și că ar fi bine să mă întâlnesc cu dumneavoastră. Probabil credeți că sunt nebună, dar nu sunt.

Dumneavoastră: Înțeleg confuzia și frustrarea provocate de starea de incertitudine în care trăiți de doi ani încoace. Îmi imaginez cât de derutant este să fiți trimisă la un psiholog, câtă vreme aveți aceste simptome fizice. Poate ar fi mai bine să vă clarific cu ce mă ocup eu. Sunt psiholog specializat în psihologia clinică a sănătății și lucrez cu persoane care au probleme medicale, probleme de sănătate sau a căror sănătate fizică este afectată de stres. Deci este un pic diferit față de ceea ce se înțelege în general prin profesia de psiholog. Prezența dumneavoastră aici, în ciuda confuziei legate de scopul acestei vizite, arată că sunteți interesată cu adevărat să vă îmbunătățiți calitatea vieții. La sfârșitul vizitei de azi, aș vrea să discutăm despre modul în care pot să vă ajut, dar și despre limitele activității mele. Țelul meu este să vă ajut să vă îmbunătățiți calitatea vieții și să trăiți o viață mai plină. V-ați format acum o imagine mai clară despre ce fac eu și cum vă pot ajuta?

Mary: Da.

Dumneavoastră: Mi-ați spus câte ceva despre ce se petrece cu dumneavoastră și cred că ar fi bine să ne concentrăm atenția asupra problemelor de sănătate pe care le-ați avut în ultimii doi ani. Totuși, ar fi bine ca eu să înțeleg un pic mai multe lucruri despre dumneavoastră, prin urmare aș vrea să vă pun niște întrebări generale despre viața dumneavoastră înainte să ne concentrăm asupra problemelor recente.

Urmează interviul clinic și aflați mai multe despre Mary. Este mezina unei familii cu trei copii. Spune că a avut o copilărie frumoasă și neagă existența vreunor evenimente traumatizante, recunoscând însă că divorțul părinților ei, survenit când ea avea 12 ani, a fost un moment „dificil". După divorț, Mary a rămas în grija mamei ei (pe care o descrie ca fiind foarte „directă și orientată spre reguli"), iar contactul cu tatăl ei a fost limitat. Mama ei a aplicat strict prevederile judecătorești privind custodia copilului, tatăl ei s-a recăsătorit la scurt timp după divorț, iar serviciul îi ocupa mult timp. Deși a petrecut puțin timp cu tatăl ei, Mary observă că „pe tata am putut să mă bazez mereu că mă va ajuta".

În afară de divorțul părinților ei, după spusele lui Mary, în copilăria ei nu au avut loc alte evenimente care să fi avut o contribuție la problemele din prezent. La terminarea liceului, Mary s-a înscris la o universitate publică, obținând licența în administrarea afacerilor și contabilitate. După facultate, Mary s-a angajat pe postul de contabil începător la o mică firmă de servicii medicale. Deși a încercat până acum de două ori, Mary nu a reușit încă să treacă examenul de acces în profesia de contabil, situație de care spune că îi este rușine. Mary susține, totodată, că o neliniștește recenta preluare a firmei la care lucrează de către altă firmă și este îngrijorată că va fi în pericol să-și piardă locul de muncă întrucât nu are încă autorizarea de contabil. Dat fiind modul în care se raportează la ceea ce ea consideră a fi un eșec în profesie, Mary spune că se simte inferioară fraților și părinților săi.

Tatăl lui Mary este avocat într-o mare și celebră firmă de avocatură, iar mama ei este contabil autorizat și are propria firmă. Unul dintre frații lui Mary, cu șase ani mai mare decât ea, este medic rezident în specialitatea ortopedie. Celălalt frate, cu patru ani mai mare decât ea, lucrează în domeniul comerțului de produse farmaceutice. Potrivit lui Mary, reușita ei cea mai importantă până în acest moment este căsnicia cu John, pe care l-a întâlnit în facultate. Lucrând în prezent într-o echipă de servicii medicale de urgență, John se pregătește să dea admitere la Medicină. Mary afirmă că John petrece foarte mult timp cu munca și studiile și este de părere că problemele ei de sănătate sunt o sursă de stres în relația lor.

În afară de migrene, Mary nu a menționat alte probleme medicale care să fi apărut în timpul copilăriei sau adolescenței. Debutând în jurul vârstei de 11 ani, migrenele au variat în frecvență, intensitate și impact asupra funcționării pe parcursul a 15 ani. Deși menstruația este un factor declanșator cronic în cazul lui Mary, migrenele sale sunt mai intense în perioade de stres (cum s-a întâmplat în perioada de dinaintea absolvirii facultății). În urma consultării cu medicul ei de familie, neurologul i-a prescris un tratament preventiv și acut, pe care Mary îl urmează de opt ani încoace.

Mary susține că are simptome de migrenă recurente și cărora le face față cu greu, o stare profundă de greață și oboseală generalizată de 24 de luni încoace, simptome care îi afectează capacitatea de funcționare. Lipsește frecvent de la serviciu, îi este greu să se ocupe de treburile casnice și a început să nu se mai implice în activități de socializare și hobby-uri, cum ar fi mersul la orele de gimnastică aerobică. Deși a mers la medic de mai multe ori, Mary spune că nu a dat încă de un tratament care să o scape de starea de greață sau oboseală. Mary observă cu exasperare că, în loc ca situația să se îmbunătățească, se confruntă acum și cu alte simptome fizice care nu au o cauză unică, potrivit investigațiilor medicale. Își aduce aminte că, în timpul ultimei sale vizite la medic, a început să plângă de frustrare și tristețe. În consecință, dr. Thomas i-a prescris 10 mg de escitalopram (Lexapro) pentru depresie și a trimis-o la dumneavoastră.

Întrebată despre vizitele la medic, Mary afirmă că a pierdut șirul vizitelor și nici nu-și mai poate aduce aminte de câte ori a solicitat tratament medicamentos. Deși este supărată că, în opinia sa, medicii nu au reușit s-o diagnosticheze și să-i dea un tratament corespunzător, Mary declară că refuză să se considere învinsă și va continua să caute o soluție. Neagă că ar avea vreun istoric personal sau familial de depresie, anxietate, ideație suicidară, abuz de alcool, uz de substanțe ilicite sau folosire incorectă a medicamentelor prescrise. La întrebările dumneavoastră vizând simptomatologia depresivă sau anxioasă, Mary spune că nu e mare lucru ceea ce s-a întâmplat în cabinetul doctorului Thomas, afirmând: „Eram foarte supărată din cauza întregii situații și am avut o răbufnire emoțională. Oricine ar fi trecut prin ce am trecut eu, ar fi reacționat la fel". La întrebările dumneavoastră ulterioare, Mary recunoaște că se simte mai tristă și chiar deprimată din cauza problemelor de sănătate.

Evaluarea conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 11.1:

Aveți suficiente informații despre istoricul medical al lui Mary pentru a putea să-i puneți un diagnostic? Ce alte informații vă sunt necesare și care sunt instrumentele de evaluare cu ajutorul cărora le puteți afla? Când discutați cu Mary despre istoricul său medical, ce întrebări i-ați pune pentru a putea dezvolta niște ipoteze de diagnostic și concluzii?

Până la sfârșitul interviului, deja începeți să puneți sub semnul întrebării validitatea diagnosticului de depresie ca problemă principală. Simptomele cu care s-a prezentat Mary la dumneavoastră, precum și starea ei de suferință par să provină din problemele ei de sănătate fizică, mai ales durerile de cap, greața și oboseala, precum și din pierderea capacităților funcționale, pierdere cauzată de convingerea ei referitoare la gravitatea simptomelor sale. Și totuși, ezitați să vă bazați doar pe informațiile date de Mary pentru a stabili un diagnostic ferm. Din cauza lipsei de informații despre istoricul medical al lui Mary, fapt recunoscut de pacienta dumneavoastră, nu sunteți sigur de etiologia simptomatologiei ei și dacă este subordonată unei probleme medicale principale, unei probleme psihiatrice sau ambelor situații.

Pentru a putea oferi un diagnostic corect, începeți prin a identifica elementele și temele principale. Remarcați insistența lui Mary cu privire la cauzele fizice ale acuzelor sale, supărarea cauzată de lipsa de eficiență a doctorilor consultați, percepția ei conform căreia este inferioară fraților și părinților ei, vulnerabilitatea la pierderea percepută de statut în cazul în care își va pierde locul de muncă, precum și nevoia sa psihologică de ordine, înțelegere și evitarea situațiilor în care s-ar putea confrunta cu sentimentul de rușine. Luați în calcul și alte surse de informații din cadrul interviului, printre care valența emoțională a lui Mary (caracterizată prin frustrare și exasperare), structura bine organizată a gândurilor sale, precum și măsura în care are ruminații și gânduri obsesive despre sănătatea și simptomele ei fizice.

Pe baza impresiilor și observațiilor inițiale, formulați ipoteza conform căreia simptomatologia lui Mary corespunde unei tulburări somatoforme (F45.*x*). Pentru a putea confirma sau infirma prezența tulburării somatoforme, aveți nevoie să aflați mai multe despre istoricul medical al pacientei. Înainte de încheierea interviului, discutați cu Mary despre necesitatea obținerii de informații detaliate. Discutați cu ea despre avantajele și dezavantajele consultării cu alți specialiști, iar Mary este de acord să semneze un formular de dezvăluire de informații, pentru a vă permite să vă consultați cu dr. Thomas în scopul de a primi și împărtăși informații relevante pentru cazul său. Mary este, de asemenea, de acord să aducă fișa ei medicală completă la următoarea întâlnire. Sunteți înclinat să-i administrați o baterie de teste psihologice scurte pentru a corobora sau infirma în mod obiectiv impresiile dumneavoastră subiective despre funcționarea psihologică și personalitatea lui Mary.

CONSULTUL

În scurta dumneavoastră întrevedere, dr. Thomas vă împărtășește motivele sale de îngrijorare cu privire la Mary și vă oferă un istoric al ultimilor doi ani. Observă că Mary pare să fie excesiv de preocupată de simptomele sale și de nevoia de a găsi un tratament medical potrivit. Dr. Thomas spune că „a trecut prin toată lista de motive medicale posibile" pentru a stabili o cauză fiziologică a simptomelor lui Mary.

ISTORICUL MEDICAL

Istoricul medical al lui Mary pune în evidență următoarea succesiune de evenimente. Acum doi ani a început să aibă din ce în ce mai multe dureri de cap pe parcursul unei singure luni. Mary a mers la medicul neurolog, care i-a prescris o doză mai mare de betablocante ca să-i scadă frecvența migrenelor. Peste o lună, Mary s-a dus la medicul de familie pentru a semnala faptul că are mereu stări de greață și oboseală. Gândindu-se că simptomele ei pot fi efecte secundare ale măririi dozei de betablocante, dr. Thomas i-a prescris ondansetron (Zofran) pentru starea de greață. Pe parcursul următoarelor șase săptămâni, Mary s-a programat de încă două ori la dr. Thomas, susținând că are în continuare simptome de greață și oboseală. Argumentând că medicamentul Zofran nu-i este util, a întrerupt administrarea lui după două zile. Analizele și testele solicitate de medic nu au condus la identificarea unei cauze pentru simptomele lui Mary. Pacienta s-a prezentat apoi la camera de urgență, acuzând dureri stomacale și vărsături. Din nou, după toate analizele atât de rutină, cât și specifice, nu s-a putut găsi o cauză a simptomelor.

După aproximativ 12 luni de la prima sa vizită la medicul de familie, Mary a revenit la dr. Thomas, acuzând stare de greață, dureri în piept, dificultăți de respirație, precum și amorțeală și furnicături în extremitățile superioare. Dr. Thomas a trimis-o pe Mary la medicul cardiolog pentru mai multe investigații. Nereușind să depisteze cauza simptomelor acuzate de Mary, cardiologul a trimis-o înapoi la medicul de familie. Pe parcursul următoarelor 10 luni, Mary a mai făcut șase vizite la medicul de familie, cu simptome persistente, dar variabile și neconvergente.

TESTAREA PSIHOLOGICĂ

Avem uneori tendința de a uita cât de important este să planificăm ordinea testelor administrate în scop de evaluare. Atunci când acuzele somatice sunt considerate relevante pentru diagnostic, folosirea instrumentelor de biofeedback ne ajută să-i demonstrăm pacientului legătura dintre creier și corp. În consecință, la a doua întâlnire cu Mary, faceți un mic „test de stres" cu ajutorul dispozitivelor de biofeedback, utilizând măsurătorile activității fiziologice prin răspunsul galvanic al pielii, temperatura de la nivelul degetelor, respirație și puls.

În timpul acestui „test de stres", Mary trece alternativ prin situații de stres și relaxare. La sfârșitul fiecărei situații de stres, pacienta este surprinsă să observe scăderea clară a temperaturii mâinii, creșterea răspunsului galvanic al pielii și nivelul superficial al respirației. O instruiți cu privire la activitatea sistemului nervos vegetativ și deschideți discuția cu privire la mitul cartezian (al dualității minte-corp, cu presupunerea că mintea este separată de corp și are o slabă influență asupra acestuia). Îi prezentați și ideea conform căreia afecțiunile fizice sunt bidirecționale, adică emoțiile ne influențează simptomele fizice, iar simptomele fizice ne influențează emoțiile mai mult decât ne imaginăm.

Întrucât Mary resimte simptomele la nivel fizic, tinde să atribuie cauza acestora singurei explicații la care s-a gândit până acum, și anume că problema este localizată la nivelul corpului. Să ia în calcul o explicație psihologică ar însemna că este „nebună" — ceea ce i se pare de neacceptat. Ce nu știe ea este că mintea și corpul produc împreună simptomele neplăcute pe care le trăiește. Recomandați administrarea unei baterii de teste scurte pentru a afla împreună mai multe despre factorii psihologici și fiziologici implicați în problemele ei de sănătate.

La cea de-a treia întâlnire cu Mary îi administrați Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) și Personality Assessment Inventory (PAI). Scorul de 15 puncte de la primul chestionar indică un grad mediu ridicat de severitate, în acord cu simptomele descrise de Mary și notate în fișa sa medicală. La inventarul de personalitate, profilul ei indică elevații pe mai multe scale, printre care scalele de somatizare, depresie și stres. Scala uzului de alcool și droguri, precum și scala ideației suicidare nu prezintă scoruri înalte, însă scala dominanței interpersonale este mult scăzută, sugerând că are o lipsă a locusului intern al controlului. Analiza subscalelor vă oferă detalii în plus despre o posibilă somatizare și preocupări legate de starea de sănătate.

ACTIVITATEA 11.2:

Care sunt impresiile dumneavoastră inițiale cu privire la diagnosticul lui Mary? Ce diagnostice posibile ar putea exista, pe lângă tulburarea somatoformă (F45.*x*)?

Înainte de a începe discuția, trebuie să precizăm că, pe lângă ICD-10-CM (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2016), am ales să folosim lucrarea *ICD–10 Diagnostic Criteria for Research* (World Health Organisation [WHO], 1993b), dat fiind că oferă o specificitate mai mare a criteriilor prin comparație cu *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament: Descrieri clinice și îndreptare diagnostice* (*Cartea albastră*; OMS, 1993a). *ICD-10 Diagnostic Criteria for Research* (OMS, 1993b) oferă, la rândul său, criterii care sunt mai aproape de modul actual de conceptualizare a tulburării de somatizare (F45.*x*).

Care sunt variantele de diagnostic în cazul lui Mary? Chiar și înainte de a vă consulta cu dr. Thomas și de a vedea fișa medicală, puteți lua în considerare un diagnostic medical principal — și anume, un diagnostic ce ține cont de acuzele de greață și oboseală. Totuși acum, că ați discutat cu dr. Thomas și ați consultat fișa medicală, aveți o imagine mai clară a modului în care medicii la care a mers Mary au eliminat pas cu pas, pe baza investigațiilor, o serie de potențiale diagnostice medicale. Prin urmare, este cazul să vă gândiți dacă nu cumva, și în ce măsură, există factori psihologici care contribuie la problemele fizice ale lui Mary.

Știind că depresia se poate manifesta și sub formă de simptome fizice, este de înțeles că dr. Thomas s-a orientat spre un potențial diagnostic de depresie. Un diagnostic de depresie (tulburare depresivă majoră, episod unic [F32.*x*] sau tulburare depresivă majoră recurentă [F33.*x*] depinde, însă, de convergența prezentării, duratei și severității simptomelor. Întrucât Mary a indicat prezența a doar două din cele trei simptome din criteriul B (dispoziția depresivă și pierderea energiei/fatigabilitate crescută), diagnosticul este limitat fie la un episod depresiv ușor (F32.x sau F33.x), fie la unul moderat (F32.1 sau F33.1).

Să nu uităm că Mary întrunește doar unul dintre simptomele adiționale (stimă de sine și încredere în sine scăzute), necesare pentru stabilirea unui diagnostic de depresie ușoară. Prin urmare, nu există suficiente simptome pentru a corobora diagnosticul (F32.*x* sau F33.*x*). Punând accentul pe combinația de simptome depresive somatice și posibilitatea ca simptomele afective să fie secundare stresului legat de problemele de sănătate, puteți să vă gândiți și la un diagnostic de alte episoade depresive (F32.8) sau de tulburare de adaptare cu reacție depresivă (F43.21), pentru care va fi nevoie de investigații suplimentare.

Asociat în mod obișnuit cu o depresie pronunțată, diagnosticul principal cel mai probabil este cel de tulburare de somatizare (F45.*x*). Odată ce: (a) ați identificat o creștere la nivel clinic pe scalele de somatizare și preocupări legate de starea de sănătate din inventarul PAI; (b) v-ați consultat cu dr. Thomas; și (c) ați luat cunoștință despre istoricul pacientului (acuzele vizând trei din cele patru sisteme — gastrointestinal, cardiovascular și algic), devine clar faptul că Mary îndeplinește criteriile pentru tulburarea de somatizare. Esențial, conceptualizarea diagnosticului în acest fel ține mai bine cont de simptomele prezentate de Mary mai curând decât un diagnostic de alte tulburări depresive (F32.8) sau tulburare de adaptare cu reacție depresivă (F43.21).

Pe baza criteriilor pentru tulburarea de somatizare (F45.*x*) descrise în *ICD-10 Diagnostic Criteria for Research*, Mary îndeplinește criteriul A, având simptome fizice multiple și de diverse feluri pe parcursul a cel puțin doi ani. Totodată, potrivit doctorului Thomas, aceste simptome nu au o explicație medicală fără echivoc. Întrunind cerințele criteriului B, Mary demonstrează un grad ridicat de îngrijorare față de simptomele sale, fapt care îi produce o stare de disconfort emoțional și o face să solicite consultații medicale de mai mult de trei ori.

În conformitate cu criteriul C, Mary nu este dispusă să accepte asigurările date de medici că nu există o explicație fizică a simptomelor sale. În fine, în conformitate cu criteriul D, Mary raportează prezența a șase simptome, printre care greață, dureri abdominale, senzație de vomă, dureri în piept, dificultăți de respirație în lipsa efortului, amorțeală sau furnicături neplăcute. Întrucât i-a fost afectată în mod semnificativ capacitatea de a merge la serviciu, de a se ocupa de treburile gospodărești și de a merge la orele de fitness la care mergea odinioară cu mare plăcere, Mary prezintă un nivel semnificativ de deteriorare în funcționarea zilnică, cauzat de simptomele pe care le reclamă.

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 11.3:

Aveți competența necesară pentru a oferi serviciile psihologice solicitate, cu alte cuvinte, aveți cunoștințele și abilitățile necesare? Dacă nu, ce ar trebui să faceți pentru a obține și menține acest tip de competență?

În conformitate cu Codul de etică al APA (2017), Principiul A: Principiul primordialității binelui și al evitării vătămării pacientului și Standardul 3.04, Evitarea vătămării, psihologii trebuie să facă tot posibilul pentru a le fi de ajutor pacienților și pentru a evita vătămarea acestora. Prima întrebare este, prin urmare, dacă aveți competența să oferiți servicii psihologice pacientei dumneavoastră (Codul de etică al APA, Standardul 2.01, Limitele competenței). Ca psiholog atestat și specializat în psihologia sănătății, însemnând că aveți pregătirea de specialitate pentru a înțelege afecțiunile medicale și pentru a gestiona componentele lor psihologice, aveți și educația, pregătirea sub supervizare, studiile și experiența profesională necesare pentru a stabili un diagnostic în cazul lui Mary. Fiind atestat de organizația profesională corespunzătoare, aveți competența necesară pentru a trata cazuri de complexitatea celui al lui Mary. Chiar dacă aveți toată această pregătire, faptul că pacienții se prezintă cu diverse simptome legate de diverse probleme de sănătate înseamnă că va trebui să faceți cursuri de educație continuă, să participați la vizitele medicilor, să vă consultați cu alți psihologi specialiști în psihologia sănătății, precum și cu furnizori de servicii medicale. Totodată, pentru a evita vătămarea pacientei și dată fiind concluzia dumneavoastră că diagnosticul principal nu este cel de depresie, este necesar să-l contactați pe medicul de familie al pacientei pentru a-i transmite recomandarea dumneavoastră de a opri tratamentul cu escitalopram.

Pentru a o proteja pe Mary în acord cu obligația dumneavoastră de a face numai bine și de a nu vătăma pacientul, este imperios necesar să aveți în vedere conceptul de integritate, regăsit în cadrul Principiului C din Codul de etică al APA, precum și în bazele științifice ale practicării profesiei de psiholog (Codul de etică al APA, Standardul 2.04, Bazele judecăților științifice și profesionale). Acestea subliniază importanța acurateții, de exemplu, importanța acurateții cunoașterii și înțelegerii bazelor empirice ale tulburărilor somatoforme înainte de a stabili un diagnostic și un tratament corespunzător.

Lucrul cu tulburările somatoforme necesită atât o cunoaștere de bază a afecțiunilor medicale, cât și o înțelegere profundă a somatizării. Altfel, riscați să vă lansați în speculații legate de diagnostic ce pot perpetua mitul cartezian, exagerând fie în legătură cu aspectele medicale, fie în legătură cu aspectele psihologice ale dialecticii carteziene. Având cunoștințe fundamentale despre diversele afecțiuni medicale și fiind la curent cu literatura științifică despre somatizare, vă asigurați că munca dumneavoastră are fundament științific și profesional.

Date fiind numeroasele studii de dată recentă despre complexitatea relației dintre minte și corp, psihologii pot decide să administreze diverse baterii de teste în procesul de diagnosticare și tratament. În situația în care aceste teste nu sunt folosite corect, există riscul de vătămare a pacientului, în ciuda eforturilor de a păstra acuratețea diagnosticului. Astfel, bateria de evaluare trebuie să includă cele mai adecvate instrumente pentru cazul respectiv, pentru problema ridicată de medicul care a trimis pacientul sau pentru acuzele cu care se prezintă pacientul (Codul de etică al APA, Standardul 9.02a, Folosirea instrumentelor de evaluare). De asemenea, trebuie să vă asigurați că folosiți teste și alte instrumente de evaluare obiective, validate pe pacienți cu tulburare de somatizare (Codul de etică al APA, Standardul 9.02b). În plus, trebuie să stabiliți dacă metodele de evaluare corespund preferințelor pacientului în ceea ce privește limba și citirea (Codul de etică al APA, Standardul 9.02c).

Managementul riscurilor — cum vă protejați pacientul și cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 11.4:

Care sunt riscurile specifice cazului lui Mary și ce puteți face pentru a vă proteja pe dumneavoastră înșivă? Ce riscuri puteți întâlni într-un sistem de servicii integrate în care lucrați alături de dr. Thomas, medicul de familie al lui Mary?

În termeni de gestionare a riscurilor, este bine să discutați cu pacienții dumneavoastră clar și explicit despre consimțământul informat și confidențialitate. O modalitate foarte bună de a vă proteja este de a fi onest, precaut și transparent în interacțiunea cu pacienții dumneavoastră, inclusiv în privința protejării confidențialității (Codul de etică al APA, Standardul 4.01, Păstrarea confidențialității). Și totuși, în cazul de față ați identificat necesitatea de a ieși din limitele obișnuite ale relației psiholog-pacient pentru a obține informațiile necesare care vă lipseau. Obținând consimțământul informat al lui Mary cu privire la dezvăluirea de informații, i-ați respectat dreptul la viață intimă și dreptul la confidențialitate, protejându-vă în același timp împotriva unor potențiale riscuri. Mai mult decât simpla formalitate a semnării unei hârtii, notați că, pentru a se ajunge la obținerea formularului privind dezvăluirea de informații, trebuie parcurs un proces. Pentru a fi cu adevărat informat, pacientul trebuie să primească o explicație adecvată, iar avantajele și dezavantajele trebuie explicate într-o manieră în care acesta să le poată înțelege. În privința consimțământului pacientului pentru dezvăluirea de informații, ați procedat bine specificând ce fel de informații aveți voie să împărtășiți și să solicitați din partea medicului de familie. Colaborând în acest fel cu medicul de familie al lui Mary, acționați în favoarea pacientei (Codul de etică al APA, Standardele 3.09, Cooperarea cu alți specialiști, precum și 4.06, Consultările), iar această cooperare va fi din ce în ce mai utilă pe măsură ce separarea dintre medicină și psihologie se va micșora, odată cu integrarea din ce în ce mai profundă a serviciilor medicale.

Concluzii

ACTIVITATEA 11.5:

Ținând cont de tot ce știți despre Mary și despre tulburarea de somatizare (F45.*x*), ce factori trebuie avuți în vedere în dezvoltarea unui plan de tratament? Cum ați putea să o motivați să continue tratamentul în situația lipsei de complianță?

Înainte de inițierea oricărui tratament, trebuie să aveți în vedere anumite aspecte ce preced tratamentul. Fără a pregăti baza tratamentului, s-ar putea ca eforturile dumneavoastră să nu fie încununate de succes, date fiind dificultățile inerente tulburării de somatizare. Pregătirea tratamentului include construirea unei puternice relații psiholog-pacient, comunicarea diagnosticului și acțiunile continue de psihoeducație.

Nefiind identificată o cauză fizică evidentă pentru simptomatologia pe care o acuză, pacienții cu tulburare de somatizare sunt priviți ca o povară pentru sistemul medical, atât în termeni de servicii medicale oferite, cât și de costuri financiare (Janca, Isaac & Ventouras, 2006). Pacienții cu tulburare de somatizare sunt exasperați de faptul că se simt invizibili în sistemul medical și că sunt tratați cu o atitudine condescendentă de către medici, context în care alianța terapeutică devine și mai necesară. Validând trăirile subiective ale lui Mary, i-ați arătat că o susțineți, reușind să puneți bazele unei alianțe terapeutice. Fără o relație terapeutică construită pe o abordare empatică, focalizată pe pacient, există riscul ca Mary să refuze serviciile psihologice atunci când își va afla diagnosticul și se vor clarifica scopurile tratamentului.

Pentru a vă asigura că munca dumneavoastră, inclusiv evaluările și aplicarea testelor diagnostice sunt bazate pe dovezi, e necesar să îi explicați diagnosticul pacientei dumneavoastră înainte de începerea tratamentului. Comunicarea diagnosticului este considerată una dintre etapele esențiale în îngrijirea unui pacient cu tulburare de somatizare, motiv pentru care trebuie pregătită cu multă atenție (Oyama, Paltoo & Greengold, 2007). Este imperios necesar să aveți o abordare empatică și lipsită de judecăți evaluative, respectând și acceptând trăirile lui Mary. Suferința pe care Mary o simte ca urmare a tulburării sale este reală, nu inventată sau asumată în mod voit. Odată ce îi validați aceste trăiri, îi prezentați diagnosticul și treceți în revistă criteriile acestuia.

Întrucât Mary este ferm convinsă că simptomele sale au o cauză medicală, va fi greu pentru ea să primească un diagnostic de tulburare de somatizare, iar apoi să treacă imediat la discutarea opțiunilor de tratament. Fără să înțeleagă legătura dintre minte și corp și dat fiind că se raportează la simptomele sale ca fiind medicale, Mary ar putea să încheie prematur tratamentul psihologic, persistând în ideea că există o cauză medicală pentru problemele sale. Prin procedurile de biofeedback și alte exerciții de tip experiențial, o puteți ajuta să înțeleagă mai bine atât legătura dintre minte și corp, cât și beneficiile unor servicii psihologice.

Prin urmare, în calitate de psiholog care lucrează cu o persoană cu tulburare de somatizare (F45.0), trebuie să înțelegeți bine cât de important este să validați trăirile subiective ale lui Mary ca fiind „reale". Trebuie, de asemenea, să înțelegeți că este esențial ca validarea pe care i-o oferiți lui Mary să fie contingentă cu abilitatea dumneavoastră de a-i evalua corect nevoile și resursele psihologice prin intermediul unei bune alianțe terapeutice. Ținând cont de aceste considerații vitale, comunicarea dumneavoastră cu Mary trebuie să se bazeze pe următoarele două concepte descriptive și axiomatice (Ossorio, 2006):

1. Ce spune și ce face Mary are sens întrucât Mary este o ființă umană. Faptul că Mary are unele probleme care nu îi sunt clare nici ei, nici medicilor pe care i-a consultat nu înseamnă că este înconjurată de un mister, ci înseamnă că nu deținem acele concepte prin care să înțelegem cauzele simptomelor ei.
2. O schimbare survine doar atunci când persoana este ajutată să facă ceea ce poate, nu ceea ce nu poate. Un punct forte al lui Mary este faptul că poate identifica problemele care țin de sănătatea ei fizică, spre deosebire de dificultatea cu care identifică problemele ce țin de latura emoțională. Primul lucru pe care trebuie să-l faceți este să realizați o alianță cu Mary în privința unei probleme de existența căreia nu vă îndoiți niciunul dintre dumneavoastră.

Printre intervențiile cu eficacitate demonstrată în tratarea tulburării de somatizare se numără terapia cognitiv-comportamentală (Allen & Woolfolk, 2010; Kroenke, 2007), ducând la reducerea semnificativă a costurilor medicale, îmbunătățirea funcționării și reducerea simptomelor somatice prin comparație cu rezultatele obținute prin tratamentul medical standard (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara & Hamer, 2006). O meta-analiză a terapiei pe bază de mindfulness arată un efect pozitiv minor până la moderat în privința creșterii calității vieții și a reducerii durerilor, a severității simptomelor, a depresiei și anxietății asociate cu tulburările de somatizare (Lakhan & Schofield, 2013).

Referințe bibliografice

Allen, L.A., & Woolfolk, R.L. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*, 579–593. http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.014

Allen, L.A., Woolfolk, R.L., Escobar, J.I., Gara, M.A., & Hamer, R.M. (2006). Cognitive behavioral therapy for somatization disorder: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine, 166*, 1512–1518. http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.14.1512

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie 2010 și pe 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Barsky, A.J., Orav, E.J., & Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry, 62,* 903–910. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.903

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2016). *ICD–10–CM.* Accesat la: http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm

de Waal, M.W., Arnold, I.A., Eekhof, J.A., & van Hemert, A.M. (2004). Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry, 184,* 470–476. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.184.6.470

Fink, P., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jørgensen, P. (1999). Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry, 40,* 330–338. http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71228-4

Janca, A., Isaac, M., & Ventouras, J. (2006). Towards better understanding and management of somatoform disorders. *International Review of Psychiatry, 18,* 5–12. http://dx.doi.org/10.1080/09540260500466766

Kirmayer, L.J. (1996). Cultural notes and somatoform and dissociative disorders. În J.E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, Jr., & D.L. Parron (coord.), *Culture and psychiatric diagnoses: A* DSM–IV *perspective* (pp. 151–158). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine, 69,* 881–888. http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b00c4

Lakhan, S.E., & Schofield, K.L. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 8,* e71834. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0071834

Ossorio, P.G. (2006). *The behavior of persons* [eBook]. Accesată la https://openlibrary.org/works/OL6702488W/The_Behavior_of_Persons

Oyama, O., Paltoo, C., & Greengold, J. (2007). Somatoform disorders. *American Family Physician, 76,* 1333–1338.

Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders, 119,* 52–58. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014

World Health Organization. (1993a). *ICD–10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice*, Bucureși, Editura Trei, 2016.

World Health Organization. (1993b). *ICD–10 classification of mental and behavioral disorders: Diagnostic criteria for research.* Geneva, Switzerland: World Health Organization. Accesat la: http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf

F50 Tulburări ale instinctului alimentar

Carol B. Peterson și Emily M. Pisetsky

Tulburările instinctului alimentar sunt reprezentate de: (a) pierderea deliberată în greutate, ducând la o stare de subnutriție semnificativă, de obicei însoțită de perturbări ale imaginii corporale; (b) episoade repetate de supraalimentare, cu sau fără comportamente compensatorii de tipul vărsăturilor autoinduse; și (c) o combinație între aceste simptome. Prevalența în rândul adolescenților și adulților este estimată a fi între 0,3% și 4,3%, în funcție de tipul și definirea simptomelor tulburării (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen & Merikangas, 2011), tulburările instinctului alimentar regăsindu-se în general mai mult la femei decât la bărbați (Smink și colab., 2012). Debutul se situează de obicei în adolescență sau în prima etapă a vârstei adulte (Swanson și colab., 2011), iar evoluția pe termen scurt sau lung variază considerabil (Steinhausen, 2009). Factorii cauzatori și de menținere reprezintă o combinație complexă a factorilor de risc genetici, socioculturali, psihologici, biologici și de dezvoltare (Culbert, Racine & Klump, 2015). Tulburările instinctului alimentar prezintă o rată

înaltă de psihopatologie comorbidă, implicând în special tulburările de dispoziție, anxietate și uz de substanțe, precum și comportament suicidar (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Swanson și colab., 2011). Toate tipurile de tulburări ale instinctului alimentar au un risc crescut de mortalitate din cauza problemelor medicale (perturbări electrolitice, complicații cardiace etc.) și suicidului (American Psychiatric Association, 2013; Smink și colab., 2012; Stenihausen, 2009). Se asociază totodată și cu o calitate redusă a vieții în majoritatea domeniilor, inclusiv în funcționarea socială, emoțională, legată de rol, precum și în starea generală de sănătate (Winkler și colab., 2014). Deși abordările bazate pe dovezi, mai ales psihoterapia susținută empiric, sunt indicate în tratamentul tulburărilor instinctului alimentar la adolescenți și adulți (Kass, Kolko, & Wilfley, 2013; National Institute for Clinical Excellence, 2004), majoritatea persoanelor afectate din comunitate nu au parte de un tratament care să aibă în vedere în primul rând simptomele tulburării de instinct alimentar (Hudson și colab., 2007; Swanson și colab., 2011).

Cazul

În timpului efectuării unui stagiu clinic dintr-un centru universitar de servicii integrate de medicină și consiliere, supervizorul dumneavoastră v-a trimis acest caz pentru care urmează să realizați un interviu diagnostic complex. Experiența dumneavoastră în privința tulburărilor instinctului alimentar fiind limitată, veți conduce singur interviul, însă ați programat o discuție cu supervizorul pentru mai târziu.

Sarah este o femeie în vârstă de 21 de ani, de rasă caucaziană, care tocmai a trecut în ultimul an de studiu la facultate. Afirmă că principalul motiv pentru care a venit la terapie este că „nu se mai poate opri din mâncat", deși „ar vrea cu tot dinadinsul să se oprească". Deși uneori reușește să-și distragă atenția până îi trece pofta, de obicei ajunge să cumpere o cantitate mare de mâncare de la unul dintre magazinele alimentare din localitate, pe care o consumă în întregime înainte de a părăsi parcarea magazinului. Sarah spune că în timpul acestor episoade „pierde complet controlul" asupra alimentației și nu se mai poate opri, odată ce se pornește să mănânce. Are un sentiment inițial de ușurare imediat ce termină de mâncat, după care începe să se îngrijoreze peste măsură și chiar trăiește o stare de „panică" la ideea că se va îngrășa, drept pentru care își provoacă vărsături.

Pentru a-i stabili diagnosticul conform ICD-10-CM, o rugați să vă descrie cum au decurs câteva episoade recente de supraalimentare, pentru a stabili dacă într-adevăr consumul de mâncare este excesiv potrivit standardelor clinice (Fairburn, 2008). Sarah spune că de obicei consumă alimente pe care nu și-ar da voie să le consume în afara acestor episoade bulimice, întrucât încearcă să urmărească niște reguli stricte de alimentație cu scopul de a slăbi. De exemplu, în seara de dinaintea ședinței cu dumneavoastră, a consumat două cutii de înghețată (cântărind în jur de 700 de grame împreună) și 25 de fursecuri într-un interval de timp de 20 de minute. Cu patru zile înainte, a mâncat două pizza de dimensiuni XL într-o jumătate de oră. În afara acestor episoade de supraalimentare, își restricționează cantitatea de calorii, ajungând să mănânce sub 1 200 de calorii pe zi, cu evitarea carbohidraților, zahărului rafinat și a produselor lactate. Sarah spune că în ultimele șase luni a avut, în medie, 2-3 episoade săptămânale de supraalimentare, urmate de vărsături autoinduse. Observați în timpul interviului că lui Sarah îi vine uneori să plângă atunci când vorbește, dar este capabilă și dispusă să vă descrie tiparele ei de alimentație în detaliu. Sarah declară următoarele:

> Aveam emoții în legătură cu întâlnirea de azi, însă imediat ce am început să vorbesc, m-am simțit ușurată că pot să discut cu dumneavoastră. Văd că nu mă judecați, deși vă spun ceva ce v-ar putea dezgusta. Am încercat să mă opresc de una singură, dar n-am putut, iar acum vreau să fiu sinceră cu dumneavoastră fiindcă am într-adevăr nevoie de ajutor.

Sarah are 1,67 m înălțime și 61 kg, după spusele sale, ceea ce înseamnă că are un indice al masei corporale (BMI, însemnând kg/m^2) de 22,5, încadrat în limitele normale. Ne-a permis să-i măsurăm și noi înălțimea și greutatea, rezultatele confirmând măsurătorile precizate de ea, câtă vreme „nu trebuie să se uite la cifrele oribile indicate de cântar". Afirmă că este extrem de nemulțumită de cum arată și cât cântărește și că „se simte grasă" permanent. Deseori evită să se privească în oglindă, iar atunci când totuși se întâmplă, o apucă plânsul că este „obeză". Susține că greutatea ei ideală este de 54 kg, dar recunoaște că ar fi „fericită" dacă ar avea o greutate chiar mai mică. Vă relatează că se gândește mereu la ce înseamnă această greutate și cum s-ar simți mai fericită și mai acceptată de colegii ei dacă ar avea 54 kg. Sarah spune că o deranjează în mod special mărimea coapselor și abdomenului său, îngrijorându-se că arată grasă. Se teme că ceilalți ar putea avea o părere proastă despre înfățișarea ei (de exemplu, că pare supraponderală), negând totuși că ar fi fost criticată pentru greutatea sau aspectul său fizic. Spune, totodată, că modul în care se privește pe sine depinde în principal de numărul de kilograme și de cum arată, precum și de notele obținute la școală.

Pentru a vedea ce comportamente compensatorii folosește, o întrebați pe Sarah dacă a folosit vreodată laxative, diuretice sau pastile de slăbit, ceea ce clienta neagă. Sarah vă relatează că în adolescență avea perioade când nu mânca nimic timp de 24 de ore cel puțin o dată pe săptămână, dar acum „nu mai este în stare" să reziste atât de mult timp fără mâncare. În prezent, Sarah face sport o oră pe zi, inclusiv yoga, alergare sau cursuri de dans. Spune că, deși „uneori" simte că trebuie să facă exercițiu fizic ca să anuleze efectele mâncării sau ca să slăbească, „de cele mai multe ori" face sport fiindcă îi schimbă dispoziția și o ajută să aibă o părere mai bună despre corpul ei.

Când era mai tânără (și anume, între vârstele de 14 și 15 ani), obișnuia să facă sport zilnic ore în șir și la un nivel ridicat de efort (de exemplu, 100 de abdomene, urmate de o alergare de 16 km), în încercarea de a slăbi. Pe lângă obiceiul de a ține post negru o zi întreagă pe săptămână, mânca doar fructe, legume și orez, nedepășind 500 de calorii pe zi. La vârsta respectivă avea deja 1,67 m, însă slăbise de la 56 kg la 47 kg în doar cinci luni, având un indice al masei corporale de 17,30. Dar ea se vedea în continuare ca fiind „obeză și dezgustătoare", în ciuda faptului că prietenii ei erau îngrijorați de scăderea ei în greutate. Nu a mai avut menstruație timp de șase luni. În tot acel timp, s-a simțit îngrozitor de deprimată și anxioasă. În cele din urmă, pediatrul i-a recomandat un program de tratarea a tulburărilor de instinct alimentar derulat în ambulatoriu, în cadrul căruia a urmat recomandările alimentare ale nutriționistului și psihoterapeutului doar ca să scape de internare și nu pentru că ar fi fost motivată să crească în greutate. Spune că, de fapt, procesul de a recâștiga unele dintre kilogramele pierdute a fost greu de suportat și că s-a simțit „și mai grasă și mai deprimată". Sarah spune că în perioada în care greutatea ei era sub cea normală, revenind apoi la 58 kg în jurul vârstei de 15 ani, nu și-a provocat vărsături și nu a trecut prin episoade de supraalimentare cum face în momentul prezent. Avea uneori momente în care simțea nevoia să mănânce alimente în cantitate mai mică — o bucată de pâine sau un pumn de alune (corespunzând unor episoade bulimice subiective, caracterizate de sentimentul pierderii controlului în contextul consumării unei cantități de mâncare ce nu poate fi definită în mod obiectiv ca fiind mare; Fairburn, 2008), însă niciodată episoade mai semnificative, însoțite de sentimentul pierderii controlului (episoade bulimice obiective sau episoade de alimentație excesivă; Fairburn 2008).

Sarah spune că între 15 ani și 18 ani a avut o greutate de aproximativ 54–58 kg, simțindu-se permanent stresată de cât cântărea și cum arăta, drept pentru care consuma între 1 000 și 2 000 de calorii pe zi și ar fi vrut să-și provoace vărsături, fără să ajungă să și facă acest lucru. Odată ajunsă la facultate, Sarah a trecut prin stresul tranziției sociale și al noilor standarde de performanță școlară. În timpul primului semestru au apărut și primele episoade de supraalimentare, la cantina facultății, constând în mai multe porții de desert. Îngrijorată că se îngrășase cu un kilogram, Sarah a început să-și provoace vărsături după cină, ceea a făcut-o imediat să se simtă eliberată de teama de îngrășare și de senzația de prea plin. În timpul primului an de facultate, a continuat să-și provoace vărsături fără să o știe nimeni și să consume din ce în ce mai multă mâncare înainte de aceste purgații. Simptomele depresive au cunoscut o înrăutățire, printre ele numărându-se o stare persistentă de disforie, anhedonie, sentimentul persistent de vinovăție și lipsă de valoare, perturbări ale somnului, ideație suicidară și dificultăți de concentrare, toate acestea persistând și în prezent, inclusiv gândul de a se sinucide aruncându-se de pe un pod din apropiere. Sarah spune că nu are intenția de a-și lua viața și că nu a încercat până acum să se sinucidă sau să se autovătămeze. Declară că bea alcool rar și doar când este în compania prietenilor, dar că în general evită băutura fiindcă „alcoolul are multe calorii". Spune, totodată, că nu folosește nici substanțe psihoactive. Nu descrie simptome de anxietate, deși recunoaște că „toată lumea îi spune că este perfecționistă".

Sarah a crescut în alt oraș și se simte departe de familie și prieteni. Ambii părinți au studii superioare, iar fratele ei mai mic este elev în clasa a XII-a. Afirmă că are relații „bune" cu familia. Părinții săi cred că ea nu mai are problemele de odinioară și nu știu cu ce simptome se confruntă Sarah în momentul prezent. Sarah are câțiva prieteni apropiați la facultate și a avut câțiva iubiți, dar acum nu mai are, întrucât „este prea grasă ca să iasă la întâlniri". Nu a povestit nimănui despre simptomele ei de bulimie. Vrea să beneficieze de tratament „ca să nu treacă la un alt nivel de studii, cu viața secretă pe care o trăiește acum".

Când este întrebată despre starea ei de sănătate, Sarah spune că nu a mai fost la medic de mai mulți ani. Potrivit spuselor sale, se simte des amețită (deși nu a mai leșinat de când avea 14 ani) și are dureri de stomac, mai ales după ce vomită. A observat că uneori vomită sânge, deși n-a mai vomitat sânge de o lună.

Evaluare conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 12.1:

Cum ați proceda pentru a afla mai multe informații de la Sarah? Ce alte întrebări i-ați pune pentru a stabili dacă aveți nevoie de ajutorul supervizorului dumneavoastră sau dacă puteți continua singur această evaluare?

După cum arată Berg, Peterson și Frazier (2012) și Peterson (2005), stabilirea unei relații este deosebit de importantă pentru realizarea unui interviu cu persoane ce suferă de tulburări ale instinctului alimentar, probabil fiind faptul că aceste persoane se luptă cu sentimente de rușine și vinovăție și nu acceptă ușor să vorbească despre comportamentele și simptomele lor. În plus, pacienții cu tulburări ale instinctului alimentar tind să-și minimizeze simptomele, pe care mai rar le pot și exagera. De exemplu, unii își neagă simptomele fiindcă se tem că vor fi internați cu forța, iar alții le exagerează ca să se asigure că ceilalți le aud strigătul de ajutor. Clienții primesc bine întrebările care demonstrează atât empatie, cât și competență, precum următoarele: „Cum hotărâți ce aveți voie să mâncați și ce nu?", „Când ați spus că mâncați un covrig la micul dejun, mâncați tot covrigul sau doar o parte?", „Sunteți nemulțumit de cum arată anumite zone ale corpului dumneavoastră?", „Imaginea pe care o aveți despre cum arată corpul dumneavoastră variază, de exemplu, dacă tocmai ați mâncat ceva, vă simțiți mai gras(ă) sau aveți senzația că ați crescut în dimensiuni?" (vezi Berg și colab., 2012; Peterson, 2005). Întrebările detaliate și la obiect sunt de un real ajutor. De asemenea, măsurătorile obiective ale înălțimii și greutății, precum și un control medical minuțios sunt esențiale pentru diagnosticarea pacientului și realizarea planului de tratament.

Investigația medicală ar putea fi necesară pentru a exclude o cauză medicală a simptomelor de bulimie (de exemplu, o tulburare gastrointestinală ce duce la vărsături, R11.10), deși aceste situații nu sunt însoțite de obicei de simptomele psihologice tipice pentru o tulburare a instinctului alimentar (de exemplu, frica de îngrășare, evaluarea nerealistă a greutății și dimensiunilor corporale). Controlul medical este un aspect important al unei psihodiagnoze complexe, întrucât astfel sunt analizate afecțiunile medicale care ar putea fi cauza sau consecința simptomelor unei tulburări a instinctului alimentar.

Decideți, totodată, să-i administrați pacientei și câteva chestionare de autoevaluare. La inventarul Beck de depresie (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), Sarah a obținut 22 de puncte, ceea ce indică prezența unor simptome semnificative de depresie. Scorul ei la scala globală a chestionarului de tulburări ale instinctului alimentar Eating Disorder Examination Questionnaire (Fairburn, 2008; disponibil online la adresa http://www.credo-oxford.com/6.2.html) este de 4,2, ceea ce sugerează un nivel semnificativ clinic al psihopatologiei caracteristice tulburărilor instinctului alimentar.

S-ar putea ca uneori să simțiți nevoia unui feedback imediat din partea supervizorului dumneavoastră. Dacă n-ați mai lucrat cu clienți ce prezintă un risc iminent, prezența supervizorului este esențială. În cazul de față, riscurile cele mai probabile sunt riscul de autovătămare sau de declanșare a unei probleme medicale, date fiind obiceiurile alimentare nesănătoase ale clientei. Prin urmare, este imperios necesar să vedeți dacă există vreo intenție de autovătămare (vezi capitolul introductiv), dat fiind că Sarah a mărturisit că s-a gândit să se sinucidă. În plus, în funcție de natura riscului medical, s-ar putea să fie nevoie de o trimitere la un medic specialist. În unele situații este suficientă o discuție în cadrul ședinței de supervizare, însă, în cazuri de risc extrem, ar putea fi nevoie ca supervizorul dumneavoastră să fie inclus imediat în timpul ședinței dumneavoastră cu pacienta pentru a asigura calitatea intervenției psihologice și pentru a gestiona riscurile ce pot apărea pentru dumneavoastră ca psiholog în pregătire.

Diagnosticele conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 12.2:

Care sunt tipurile de tulburare de instinct alimentar de care ar putea suferi Sarah și care dintre informațiile furnizate de Sarah vă face să vă gândiți la aceste diagnostice? Ar putea să aibă depresie sau anxietate?

Un aspect important al acestui caz, și deloc rar întâlnit, este faptul că pacienta a îndeplinit în trecut criteriile pentru un tip de tulburare a instinctului alimentar ce diferă de tulburarea de care suferă în prezent. Putem exclude diagnosticul de anorexie nervoasă (F50.0), fapt important în stabilirea diagnosticului final, întrucât are un indice al masei corporale în limite normale. Și totuși, în adolescență Sarah ar fi putut fi diagnosticată cu anorexie nervoasă, tipul restrictiv (F50.01), pe baza spuselor sale conform cărora avea un indice al masei corporale de 17,3 la vârsta de 14 ani, fapt care ar fi plasat-o în categoria de subponderabilitate (definită în ICD-10-CM ca fiind sub 17,5), alături de restricțiile alimentare severe autoimpuse și evitarea hranei, distorsiunea imaginii corporale și amenoree. Sarah a mai acuzat și simptome de anxietate (de exemplu, îngrijorarea că s-ar putea întâmpla diverse lucruri negative; simptome fizice, printre care durerile de cap și palpitațiile), sugerând că ar putea avea o tulburare de anxietate, cum ar fi tulburare de anxietate, nespecificată (F41.9) (Emmelkamp & Ehring, 2014). Sarah a mai descris și o serie de simptome ale unei tulburări depresive majore recurente, cu episod actual ușor (F33.0; de exemplu, disforie persistentă, perturbări ale somnului, gânduri despre moarte, pierderea interesului față de activitățile odată considerate plăcute), pentru care ar putea fi nevoie de un diagnostic separat sau care ar putea fi de fapt efectele unei diete aproape de înfometare. În ciuda îmbunătățirii situației greutății sale, Sarah a continuat să fie preocupată de numărul de kilograme, având uneori episoade subiective de supraalimentare (Fairburn, 2008), deși cantitatea de mâncare ingerată nu era semnificativă. Aceste episoade apar des în contextul anorexiei nervoase și bulimiei nervoase, precum și în contextul altor tipuri de tulburări ale instinctului alimentar (Fairburn, 2008).

Dat fiind că Sarah nu întrunește în prezent criteriile pentru anorexie nervoasă, următorul diagnostic pe care îl veți lua în calcul este cel de bulimie nervoasă (F50.2), întrucât Sarah simte că nu are control asupra alimentației sale (simțind că nu poate să reziste tentației de a mânca sau că nu poate să se oprească din mâncat) atunci când consumă o cantitate de mâncare ce este în mod obiectiv semnificativă (Fairburn, 2008). Un al doilea aspect de care trebuie să țineți cont în caz de bulimie nervoasă ține de comportamentele compensatorii ce sunt menite să împiedice creșterea în greutate, printre care autoinducerea vărsăturilor, abuzul de laxative sau diuretice, postul sever, folosirea medicamentelor, printre care și medicația pentru tulburări de tiroidă, sau omiterea insulinei în cazul persoanelor cu diabet (Crow & Brandenburg, 2010; Fairburn, 2008). După cum a recunoscut Sarah în cadrul interviului clinic, episoadele sale actuale de supraalimentare sunt întotdeauna însoțite de vărsături autoprovocate.

În procesul de evaluare conform ICD-10-CM sunt esențiale atât aspectele comportamentale ale simptomelor, cât și aspectele psihologice ale unei tulburări de instinct alimentar, mai ales atitudinile și trăirile afective privitoare la greutatatea corporală, dimensiunile corporale și hrănire (Crow & Brandenburg, 2010; Fairburn, 2008). Sarah se gândește constant cum să slăbească, știind exact la ce greutate vrea să ajungă și fiind nemulțumită de forma și dimensiunile sale actuale, de care îi este jenă. În plus, afirmă că pune un accent exagerat pe greutatea și dimensiunile sale corporale în contextul stimei de sine, toate acestea fiind caracteristice pentru toate tulburările instinctului alimentar, inclusiv pentru bulimia nervoasă. Evoluția longitudinală a simptomelor lui Sarah, debutând prin anorexie nervoasă, urmată de apariția bulimiei, se observă la aproximativ 30% dintre cazuri (Eddy și colab., 2008). Potrivit descrierilor făcute de Sarah, deși simptomele sale comportamentale, respectiv severitatea dietei și nivelul masei ei corporale, au cunoscut o îmbunătățire, ea acordă în continuare o atenție exagerată ideii de pierdere în greutate și suferă permanent în legătură cu greutatea și silueta sa. Deși Sarah vrea să ajungă la 54 kg, faptul că, în trecut, a trebuit să ajungă la 58 de kg ca să aibă din nou menstruație demonstrează că greutatea-țintă pe care și-o propune este periculoasă pentru funcționarea sistemului său endocrin.

O altă întrebare este dacă Sarah suferă sau a suferit în trecut de dismorfofobie (F45.22), dată fiind atenția excesivă acordată înfățișării și stresul permanent legat de cum arată, precum și obiceiul de a-și verifica permanent greutatea și silueta, ceea ce reprezintă o trăsătură comună mai multor tipuri de tulburare a instinctului alimentar. Deși aceste comportamente și preocuparea față de aspectul fizic sunt elemente importante ale tulburării dismorfice a corpului, nu se pune acest diagnostic dacă ele apar în contextual unei tulburări a instinctului alimentar.

O altă întrebare este dacă nu cumva aceste simptome sunt explicate mai bine de o tulburare de dispoziție, mai ales depresie. Sarah îndeplinește în mod evident criteriile pentru o tulburare de dispoziție (iar diagnosticul cel mai probabil, pe baza celor afirmate de ea, este cel de tulburare depresivă majoră recurentă, episod ușor [F33.0], precum și de bulimie nervoasă (F50.2). Deși traiectoria coexistenței simptomelor de depresie și bulimie variază, unii pacienți începând prin a manifesta simptome de depresie, alții — simptome de bulimie, iar alții — ambele tipuri de simptome simultan, de multe ori este adecvat un diagnostic comorbid de tulburare depresivă, precum în cazul lui Sarah. Chiar dacă unele dintre simptomele ei sunt de tip anxios, fiind relevante inclusiv pentru fobia socială (F40.1), faptul că temerile ei se leagă doar de greutate, siluetă și alimentație, precum și preocuparea constantă legată de înfățișarea fizică, sugerează că nu i se poate da un diagnostic separat de tulburare anxioasă, întrucât anxietatea ei este circumscrisă unei tulburări a instinctului alimentar.

În lumina celor de mai sus, principalul diagnostic este cel de bulimie nervoasă (F50.2), cu un diagnostic secundar de tulburare depresivă majoră recurentă, episod actual moderat (F33.1).

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 12.3:

Date fiind complicațiile acestui caz, credeți că decizia ca supervizorul dumneavoastră să nu se implice direct în timpul primului interviu clinic a fost una justificată din punct de vedere etic? În ce etapă a evaluării clientei credeți că ar fi bine ca supervizorul dumneavoastră să se implice direct? Cu ce alți specialiști ați vrea să vă consultați pentru a putea efectua o evaluare complexă a clientei?

Prima problemă de etică ce se pune în acest caz este dacă dumneavoastră, în calitate de psiholog în formare, aveți competența de a evalua clientul de față. Ați mai efectuat interviuri clinice, însă nu aveți experiență în lucrul cu persoanele ce suferă de tulburări ale instinctului alimentar. Codul de etică al APA (2017), *Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită*, stipulează că psihologii oferă servicii doar în domeniile lor de competență sau doar atunci când se pregătesc prin „cursurile, formările, supervizarea, studiile și consultările" necesare pentru obținerea acestei competențe (Codul de etică al APA, Standardele 2.01a, 2.01c, Limitele competenței). Apoi, pacienta ridică o serie de probleme referitoare la riscul potențial. Primul motiv de îngrijorare majoră și imediată este ideația suicidară (R45.851) raportată de client, însoțită de un plan de execuție (gândul de a se arunca de pe un pod). Deși Sarah v-a asigurat că nu are de gând să-și pună în practică această idee, este imperios necesar să evaluați riscul de suicid atunci când faceți o evaluare a unui potențial caz de tulburare a instinctului alimentar. Ați discutat cu Sarah răspunsurile ei la inventarul Beck de depresie, iar răspunsurile clientei au fost coroborate de afirmațiile pe care le-a făcut în timpul interviului clinic, lucru extrem de important atunci când un client manifestă gânduri și comportamente suicidare și de autovătămare. Deși răspunsurile scrise sunt utile pentru coroborare, este deosebit de important să discutați riscul de suicid și autovătămare în mod detaliat în cadrul unei evaluări complexe. Este esențial să beneficiați de consultări și supervizare și să consemnați totul.

Un alt risc îl reprezintă faptul că Sarah are stări de amețeală și un istoric al vărsăturilor cu sânge. Date fiind riscurile medicale asociate simptomelor unei tulburări a instinctului alimentar, în special tulburările echilibrului electrolitic provocate de vărsăturile repetate (Mehler, Birmingham, Crow & Jahraus, 2010), trebuie avută în vedere și o evaluare a stării de sănătate a lui Sarah din punct de vedere medical. Date fiind potențialele riscuri medicale și de suicid, etica profesiei vă spune că ar trebui să vă consultați cât mai repede cu supervizorul dumneavoastră, poate chiar întrerupând pentru scurt timp interviul clinic cu scopul de a discuta rapid cu acesta.

I-ați descris, deci, cazul supervizorului dumneavoastră, ați explorat mai multe posibilități de abordare și, ținând cont de magnitudinea riscurilor, v-ați hotărât să-l rugați pe supervizorul dumneavoastră să participe la secțiunea finală din evaluarea lui Sarah. Între timp, supervizorul dumneavoastră l-a contactat pe directorul medical al clinicii, care a programat-o pe Sarah la un examen medical imediat după terminarea interviului, date fiind complicațiile medicale ale simptomelor descrise. Potențialele riscuri medicale ale simptomelor caracteristice tulburării instinctului alimentar necesită o evaluare atentă efectuată de către medic. Scopul principal pentru care supervizorul dumneavoastră va lua parte la etapa finală a evaluării este acela de a face o evaluare cât mai amănunțită a riscului de suicid și de a stabili atât un plan de siguranță, cât și un plan de tratament.

O serie de probleme etice apar în diagnosticarea și tratarea unei tulburări a instinctului alimentar. Deși Sarah a venit la clinică din proprie inițiativă și a fost de acord cu consultul medical, unele persoane ce suferă de tulburări ale instinctului alimentar refuză tratamentul, și pot sau nu să aibă capacitatea de a decide în legătură cu acest fapt. Răspunsul la acest gen de probleme de etică implică un proces decizional complex, luând în considerare nevoile clientului și aspectele legale ale cazului (Matusek & Wright, 2010). Consultările cu supervizorul și cu alți colegi din branșă sunt de mare folos în aceste situații, inclusiv consultările privind aspectele juridice. Consultările le sunt utile mai ales psihologilor clinicieni care au ei înșiși un istoric de tulburări ale instinctului alimentar, cu scopul de a asigura respectarea cadrului, de a lua deciziile potrivite privind acele detalii despre experiența personală a psihologului pe care acesta le poate împărtăși cu clientul, precum și pentru a monitoriza riscul de recădere și contratransferul (Codul de etică al APA, Standardul 2.06, Probleme și conflicte personale). Un context de acest gen poate fi avantajos pentru client, însă poate deveni problematic dacă psihologul prezintă în continuare simptome și îi confirmă clientului, în contextul tratamentului, anumite idei tipice pentru tulburările instinctului alimentar (Williams & Haverkamp, 2015).

Managementul riscurilor — cum vă protejați pacientul și cum vă autoprotejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 12.4:

Pe lângă consultarea cu supervizorul dumneavoastră, ce altceva mai puteți face pentru a reduce riscurile medicale și de suicid identificate în cazul de față?

Din perspectiva gestionării riscurilor, decizia de vă consulta cu supervizorul în timpul procesului de evaluare a fost justificată de potențialele riscuri medicale și de suicid. Tot în scopul reducerii riscurilor a fost luată și decizia de a-i recomanda pacientei un consult medical de urgență, precum și de a-l implica pe supervizor în efectuarea unei a doua evaluări, amănunțite, a riscului de suicid. Măsurile luate, recomandarea unui consult medical (precum și recomandarea unor resurse în situații de criză, în eventualitatea în care Sarah s-ar fi confruntat cu o intensificare a gândurilor de suicid) și recomandările terapeutice vor fi discutate cu Sarah și consemnate în fișa ei medicală. În plus, o veți ruga pe Sarah să-și dea consimțământul pentru dezvăluirea de informații, astfel încât să puteți avea acces la fișa ei medicală din timpul tratamentului urmat în adolescență, când s-a mai confruntat cu o tulburare a instinctului alimentar. Obținerea acestor documente medicale vă poate ajuta să aveți o imagine mai clară asupra istoricului ei medical, precum și în evaluarea potențialului risc de suicid (de exemplu, dacă a încercat vreodată să se sinucidă, deși a negat acest lucru de față cu dumneavoastră). Întrucât o veți ruga pe Sarah să vă dea permisiunea în scris să vorbiți cu medicul ei de familie, este imperios necesar să obțineți consimțământul informat al pacientei și să discutați cu ea despre ce presupune comunicarea interdisciplinară. În acest context, la fel de necesară este și discutarea aspectelor legate de confidențialitate și consultare (Codul de etică al APA, Standardul 4, Dreptul la viață privată și confidențialitate).

Concluzii

ACTIVITATEA 12.5:

Dat fiind tot ce știți despre Sarah, ce factori credeți că vor fi importanți în alegerea tipului de tratament? Ce strategii veți folosi pentru a o determina pe Sarah să participe la tratament? Care sunt punctele forte ale pacientei pe care sperați să vă bazați în tratament?

Deși cazul de față este unul cu multe probleme, este totuși destul de tipic pentru cum decurg interviurile cu persoanele ce suferă de tulburări ale instinctului alimentar. În primul rând, Sarah are simptome ce durează de șapte ani. Mulți pacienți cu tulburare a instinctului alimentar caută servicii psihologice la mult timp după declanșarea simptomelor, iar unii dintre ei nu fac acest gest niciodată (Hudson și colab., 2007; Swanson și colab., 2011). În al doilea rând, la fel ca mulți alți pacienți în situația sa, Sarah a avut un anumit tip de tulburare de instinct alimentar (Anorexie nervoasă, tipul restrictiv [F50.01]), apoi și-a revenit parțial timp de mai mulți ani, rămânând totuși extrem de concentrată pe problematica greutății și aspectului corporal, dezvoltând apoi un alt tip de tulburare de instinct alimentar, cea care a fost diagnosticată de dumneavoastră (bulimie nervoasă [F50.2]), separată dar înrudită cu cea inițială. În al treilea rând, Sarah prezintă simptome depresive semnificative, de care trebuie să țineți cont în evaluare și întocmirea planului de tratament. În fine, Sarah prezintă și un risc elevat de suicid și complicații medicale. Acest caz pune în evidență importanța evaluării riscurilor și gestionării acestora în contextul derulării unui interviu clinic în general și al diagnosticării unei tulburări a instinctului alimentar, în special. Arată, de asemenea, importanța relației cu pacientul și a empatiei demonstrate în timpul interviurilor diagnostice cu pacienți ce au tulburări ale instinctului alimentar, precum și valoarea colaborării și consultărilor dintre supervizori și supervizați.

Din fericire, pentru bulimie nervoasă, tulburarea de care suferă Sarah, există o serie de tratamente cu susținere empirică, a căror eficacitate a fost dovedită de studii. Tratamentele pe bază de psihoterapie, printre care se numără terapia cognitiv-comportamentală (Fairburn, 2008), terapia interpersonală (Tanofsky-Kraff & Wilfley, 2010) și terapia dialectic-comportamentală (Safer, Telch & Chen, 2009) au fost confirmate de cercetări axate pe tratarea bulimiei nervoase. Dat fiind că formele de tratament menționate mai sus sunt asociate cu obținerea unor rezultate comparabile pe termen lung în tratarea bulimiei nervoase (Kass și colab., 2013), selectarea formei de psihoterapie poate fi făcută în colaborare de către pacient și psiholog. Pe lângă psihoterapie, medicația poate fi de ajutor în cazul bulimiei nervoase și simptomelor psihiatrice comorbide, inclusiv pentru depresie (Fairburn, 2008; Kass și colab., 2013; National Institute for Clinical Excellence, 2004). Un program de tratament mai intensiv poate fi, la rândul său, util, deși bulimia nervoasă se tratează de obicei în ambulatoriu. Deși este nevoie de viitoare cercetări și de noi abordări clinice pentru a îmbunătăți eficacitatea tratamentelor pentru bulimie nervoasă, tratamentele existente și viitoare destinate unor clienți precum Sarah pot să ducă la o recuperare pe termen scurt și lung.

Referințe bibliografice

American Psychiatric Association. (2016). DSM-5, Manualul de diagnostic și clasificare statistică *a tulburărilor mintale*. București, Editua Medicală Callisto.

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie 2010 și 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561–571. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Berg, K.C., Peterson, C.B., & Frazier, P. (2012). Assessment and diagnosis of eating disorders: A guide for professional counselors. *Journal of Counseling & Development, 90*, 262–269. http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.2012.00033.x

Crow, S J., & Brandenburg, B. (2010). Diagnosis, assessment and treatment planning for bulimia nervosa. În C.M. Grilo & J.E. Mitchell (coord.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook* (pp. 28–43). New York, NY: Guilford Press.

Culbert, K.M., Racine, S.E., & Klump, K.L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders—A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*, 1141–1164. http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12441

Eddy, K.T., Dorer, D.J., Franko, D.L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D.B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for *DSM–V*. *The American Journal of Psychiatry, 165*, 245–250. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060951

Emmelkamp, P., & Ehring, T. (coord.). (2014). *The Wiley handbook of anxiety disorders*. http://dx.doi.org/10.1002/9781118775349

Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.

Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Jr., & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*, 348–358. http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040

Kass, A.E., Kolko, R.P., & Wilfley, D.E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 26*, 549–555. http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a30e

Matusek, J.A., & Wright, M.O. (2010). Ethical dilemmas in treating clients with eating disorders: A review and application of an integrative ethical decision-making model. *European Eating Disorders Review, 18*, 434–452. http://dx.doi.org/10.1002/erv.1036

Mehler, P.S., Birmingham, C.L., Crow, S.J., & Jahraus, J.P. (2010). Medical complications of eating disorders. In C. M. Grilo & J. E. Mitchell (Eds.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook* (pp. 66–80). New York, NY: Guilford Press.

National Institute for Clinical Excellence. (2004). Eating disorders—Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. *NICE Clinical Guideline No. 9*. London, England: Author.

Peterson, C.B. (2005). Conducting the diagnostic interview. În J.E. Mitchell & C.B. Peterson (coord.), *Assessment of eating disorders* (pp. 32–58). New York, NY: Guilford Press.

Safer, D.L., Telch, C.F., & Chen, E.Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York, NY: Guilford Press.

Smink, F.R.E., van Hoeken, D., & Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*, 406–414. http://dx.doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y

Steinhausen, H.C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18*, 225–242. http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013

Swanson, S.A., Crow, S.J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K.R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry, 68*, 714–723. http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22

Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D.E. (2010). Interpersonal therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. În C.M. Grilo & J.E. Mitchell (coord.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook* (pp. 271–293). New York, NY: Guilford Press.

Williams, M., & Haverkamp, B.E. (2015). Eating disorder therapists' personal eating disorder history and professional ethics: An interpretive description. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 23*, 393–410. http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2015.1013393

Winkler, L.A., Christiansen, E., Lichtenstein, M.B., Hansen, N.B., Bilenberg, N., & Støving, R.K. (2014). Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research, 219*, 1–9. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.002

World Health Organization. (1993). *ICD–10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice.*, București, Editura Trei, 2016.

F52 Disfuncția sexuală

Jennifer A. Vencill și Eli Coleman

Disfuncțiile sexuale reprezintă un grup eterogen de tulburări caracterizate de dificultatea de a întreține relații sexuale sau de a avea comportamente sexuale, dificultate însoțită de distres (National Center for Health Statistics, 2013). Funcționarea sexuală presupune o interacțiune complexă între reacțiile fiziologice, factorii socio-culturali, funcționarea psihologică și, de multe ori, relațiile interpersonale. Perturbarea oricăruia dintre aspectele menționate mai sus poate avea un impact negativ asupra trăirii sexuale, motiv pentru care clienții se pot prezenta cu mai multe disfuncții sexuale comorbide, fiecare dintre acestea necesitând evaluare și diagnosticare pentru a putea fi tratată în mod adecvat. În Statele Unite, rata prevalenței disfuncțiilor sexuale este greu de stabilit din cauza lipsei datelor epidemiologice pe scară largă. Cu toate acestea, conform studiilor existente, disfuncțiile sexuale se numără printre problemele de natură psihologică întâlnite cel mai frecvent la nivelul populației generale (Simons & Carey, 2001).

Cazul

Erin, o femeie în vârstă de 26 ani, căsătorită, heterosexuală, de rasă caucaziană, a fost recent evaluată de către dr. Hawkins, cu care sunteți coleg la clinica de sănătate mentală din comunitate. Erin v-a fost repartizată dumneavoastră și urmează să începeți terapia cu ea de săptămâna viitoare. Din raportul de evaluare scris de dr. Hawkins și din consultările dumneavoastră cu acesta, aflați următoarele despre Erin: medicul ei ginecolog a trimis-o la clinica de sănătate mentală, Erin declarând că în ultimii cinci ani, de când și-a început căsnicia cu soțul ei, Matt, foarte rar a putut să „fie cu el" fără să aibă dureri. Erin este licențiată în comunicare, având și un masterat în același domeniu, și spune că slujba pe care o are la o organizație nonprofit locală, deși stresantă de multe ori, îi aduce mari satisfacții. Erin este copil unic și spune că are o relație bună cu ambii părinți, care sunt căsătoriți de peste 30 de ani.

Dr. Hawkins a notat în raportul său că Erin a plâns de câteva ori în timpul interviului, la care a participat singură. Atât Erin cât și soțul ei sunt la prima căsătorie și, deși Matt mai avusese câteva partenere sexuale, ea a fost „virgină" înainte de căsătorie. Erin spune că deseori trăiește o stare de nesiguranță și lipsă de încredere în sine în timpul relațiilor sexuale cu Matt, simțind că îl dezamăgește din punct de vedere sexual. Conform spuselor sale, deși de obicei se simte bine și este sigură pe sine, relațiile sexuale reprezintă singurul aspect din viața ei care îi provoacă disconfort și unde „nu este ea însăși". Erin i-a spus doctorului Hawkins că ea și soțul ei își doresc un copil, dând de înțeles că se simte „vinovată" că nu poate să aibă relații sexuale prin penetrare peniană cu Matt fără să aibă dureri, pentru a putea rămâne însărcinată. Dr. Hawkins a descris-o pe Erin ca fiind o persoană onestă și binevoitoare, căreia îi pasă foarte mult de soțul ei și se simte vinovată pentru problemele sexuale și de fertilitate pe care le întâmpină în relația cu acesta.

Discutând cu Erin despre ce înțelege ea prin „virginitate", dr. Hawkins a aflat că Erin nu mai făcuse sex prin penetrare penis-vagin înainte de căsătorie, deși avusese relații intime cu unul dintre prietenii ei din facultate, constând în mângâieri „peste îmbrăcăminte" și „chestii făcute cu mâna". Din spusele lui Erin, niciunul dintre aceste comportamente sexuale nu-i provocase durere, inclusiv penetrarea cu degetul. Conform lui Erin, aceste tipuri de relații intime îi provocaseră plăcere, spunând că ajunsese adesea la „climax" cu acel partener. Erin era nelămurită și supărată că acele comportamente care îi provocaseră plăcere acum erau o sursă de durere și suferință.

Erin i-a povestit doctorului Hawkins că prima ei experiență sexuală implicând penetrarea penis-vagin avusese loc în timpul lunii de miere cu Matt. Prima dată, deși „a fost inconfortabil", nu a simțit nicio durere, însă durerile au apărut și s-au intensificat pe parcursul căsniciei. Potrivit lui Erin, Matt este cel care inițiază raporturile sexuale o dată sau de două ori pe săptămână, deși cei doi nu mai fac sex prin penetrare penis-vagin. Erin a afirmat că nu a putut să ajungă la orgasm cu soțul ei, deși poate avea orgasm „când e singură cu ea". Nu poate vorbi cu prietenele ei despre problemele sexuale din căsnicia sa, întrucât crede că ele au parte de experiențe sexuale plăcute și pozitive alături de partenerii lor.

Conform protocolului clinicii, dr. Hawkins i-a administrat clientei câteva teste psihologice, ale căror rezultate indică absența aproape totală a simptomatologiei anxioase sau depresive și nu indică prezența consumului sau abuzului de substanțe. De asemenea, Erin a declarat că nu a fost victima niciunui abuz, agresiune sau traumă de natură sexuală.

EVALUARE CONFORM ICD-10-CM

ACTIVITATEA 13.1:

Ce alte informații ați vrea să aflați de la Erin cu privire la simptomele sale, istoricul personal etc. Cât de ușor vă este să puneți întrebări despre frecvența actelor sexuale, tipuri de acte sexuale cu un partener (sex oral, sex anal, sex vaginal prin penetrare penis-vagin etc.), practici de masturbare, lubrifierea genitală, funcționalitatea erectilă, orgasm, ejaculare, atracție sexuală, fidelitate, relații poliamoroase etc.?

Deși mulți clienți au probleme sexuale, deseori se jenează să le aducă în discuție. La fel ca Erin, mulți se luptă cu dificultățile sexuale timp de luni de zile sau ani întregi înainte să meargă la un specialist. La fel ca pentru orice altă problemă, terapeutul trebuie să afle cât mai multe detalii, în urma unei evaluări minuțioase, pentru a stabili un diagnostic adecvat. De multe ori, însă, medicii și psihologii spun că se simt jenați să discute pe tema relațiilor sexuale și că nu sunt suficient de pregătiți să abordeze din punct de vedere clinic teme legate de sexualitate (Miller & Byers, 2008; Wittenberg & Gerber, 2009). Prin urmare, dacă nici medicul, nici clientul nu vor să aducă în discuție aceste subiecte, evaluarea va fi greu de realizat!

După cum vom discuta mai târziu în acest capitol, este important ca dumneavoastră, în calitate de furnizor de servicii psihologice, să beneficiați de formare și educație pe teme de sănătate sexuală și să nu vă intimidați vorbind despre teme legate de sexualitate într-un context profesional. Acest lucru are o mare importanță pentru procesul de evaluare și diagnosticare, întrucât clienții folosesc un limbaj ambiguu și (numeroase) eufemisme pentru a vorbi despre comportamentele și ideile lor ce țin de sfera sexualității. După cum observăm din cazul de față, *virginitatea* este înțeleasă de Erin în raport cu o anumită activitate sexuală, iar evaluarea inițială făcută de dr. Hawkins a căpătat o altă anvergură în momentul în care a fost discutată noțiunea de virginitate. Vă recomandăm să folosiți un limbaj precis și fără ambiguități atunci când evaluați problemele sexuale ale unui client, punând întrebări de clarificare pentru a vă lămuri cu privire la afirmațiile, experiențele și comportamentele specifice, după cum e necesar. De exemplu, Erin a folosit expresia „când sunt singură cu mine", sugerând că se masturbează singură, un subiect pe care va trebui să-l discutați pentru a putea face o evaluare corectă. Nu presupuneți că știți ce înseamnă fără să întrebați. Ați putea să vă lămuriți întrebând astfel: „La ce te referi când spui că ești singură cu tine?". În plus, în acest fel puteți să-i educați și pe clienți și să-i desensibilizați față de discuțiile despre sex și sexualitate. Folosirea unui termen corect din punct de vedere medical, cum ar fi *masturbare*, poate ajuta la normalizarea acestor conversații care, altfel, pot fi neplăcute pentru mulți clienți.

Deși este esențial ca psihologul să fie familiarizat cu termenii medicali și să folosească acest tip de limbaj în procesul de evaluare, vă încurajăm să utilizați cuvintele clientului *după ce ați clarificat înțelesul acestora*. Din experiență știm că situația aceasta apare mai ales când sunt descrise organele genitale sau pozițiile sexuale, la care clienții tind să se refere, potrivit normelor culturale, prin eufemisme sau termeni din argou (de exemplu, folosind expresia „pe la spate" pentru a se referi la penetrarea vaginală din această poziție). Ar fi bine să folosiți genul de vocabular preferat de client atunci când puneți întrebări de clarificare (de exemplu: „Când tu și soțul tău faceți sex pe la spate, unde anume te doare?"). Deși în cadrul tratamentului s-ar putea să fie nevoie la un moment dat să vă învățați clienții ce termeni lingvistici să folosească (de exemplu, cum sunt denumite științific organele genitale), folosirea vocabularului preferat de clienți, mai ales în primele ședințe, îi va ajuta să fie mai puțini crispați în discuție, întrucât se vor simți validați și nu judecați.

Diagnosticul conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 13.2:

Enumerați toate diagnosticele posibile, pe baza informațiilor pe care le aveți în acest moment. Ați lua în considerare un diagnostic de tulburare de dispoziție sau tulburare anxioasă?

DSM-5, cea mai recentă ediție a *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* (*DSM*; American Psychiatric Association, 2016), care stă la baza pregătirii în domeniul sănătății mentale, cel puțin în Statele Unite, se distinge net de edițiile anterioare în raport cu definirea și clasificarea disfuncțiilor sexuale. De exemplu, în *DSM-5*, diagnosticele de durere sexuală, anterior descrise separat (vaginismul și dispareunia din *DSM-IV-TR*), sunt clasificate acum ca un singur diagnostic, *tulburarea cu durere genito-pelviană/de penetrare*. ICD-10-CM nu se aliniază cu capitolul despre disfuncții sexuale din *DSM-5*, ci cu clasificările din ediția anterioară, și anume *DSM-IV-TR*. Prin urmare, cei care s-au pregătit pe bază de *DSM-5* vor observa discrepanțe semnificative între diagnosticele din *DSM-5* și ICD-10-CM, care este folosit pentru plata de către asiguratori în Statele Unite. Va trebui, prin urmare, să vă familiarizați cu un alt tip de informație pentru a folosi eficient ICD-10-CM în procesul de evaluare și diagnosticare a problemelor de natură sexuală.

Să vedem acum ce diagnostice sunt posibile în cazul lui Erin. Deși disfuncțiile sexuale sunt adesea comorbide cu tulburările de anxietate și dispoziție, trebuie să nu uităm că de multe ori clienții se prezintă cu diverse emoții în legătură cu funcționalitatea lor sexuală (vinovăție, rușine, frustrare etc.), emoții care nu sunt neapărat parte dintr-un proces patologic. Aceste trăiri emoționale pot fi, de fapt, niște reacții firești și previzibile la problemele de natură sexuală. Erin a raportat puține simptome de anxietate generalizată sau depresie la evaluarea inițială efectuată prin instrumentele de screening, ceea ce justifică excluderea acestor diagnostice. Și totuși, vă încurajăm să continuați să o evaluați pentru tulburări de anxietate sau de dispoziție precum Alte tulburări anxioase specificate (F41.8) sau Tulburare de adaptare, cu reacție mixtă, anxioasă și depresivă (F42.23), întrucât aceste simptome pot apărea în timpul tratamentului pentru dificultățile de natură sexuală. În acest capitol noi ne vom concentra atenția asupra durerilor resimțite de Erin la penetrare penis-vagin și asupra capacității orgasmice aparent inconstante.

În cazuri de durere sexuală, cele mai evidente diagnostice sunt vaginismul nonorganic, (F52.5) sau dispareunia nonorganică (F52.6). *Dispareunia* este un termen general folosit pentru a indica durerea din timpul actului sexual. Durerea poate fi cauzată de un număr de factori, printre care vaginismul, adică spasmul mușchilor ce înconjoară vaginul și care împiedică penetrarea, dar și de factori organici, cum ar fi lubrifierea insuficientă; o infecție transmisă pe cale sexuală sau alt tip de infecție (candida, de exemplu); leziuni la nivelul pelvisului sau coloanei vertebrale; iritație provocată de diverși factori, de exemplu, săpun, produsele de igienă feminină, prezervative sau spermicide sau chiar unele probleme dermatologice des întâlnite, dar care pot afecta și organele genitale (eczema, psoriazis etc.). Prin urmare, va trebui să obțineți informații suplimentare din partea clientului pentru a putea discuta și evalua problemele existente. S-ar putea să-l îndreptați și către un medic, de preferință la un medic specialist în probleme de natură sexuală și care poate efectua un examen fizic pentru a putea exclude sau confirma cauzele fizice pe care nu le puteți depista mereu doar prin anamneză. Va trebui să obțineți acordul pacientului pentru dezvăluirea de informații pentru a putea avea acces la rezultatele examenului fizic.

Întrucât diagnosticul de dispareunie nonorganică (F52.6) se referă la durerea sexuală fără o cauză fizică evidentă sau la care pot contribui factori emoționali, nu puteți pune acest diagnostic dacă există cauze primare de tip fizic. De pildă, dacă aflați că Erin a avut hernie de disc înainte de apariția durerilor din timpul actului sexual, iar doctorul confirmă faptul că spasmele musculare care blochează deschiderea vaginală sunt datorate unei vătămări la nivelul spatelui, în acest caz durerea sexuală ar fi clasificată ca având origine organică — și anume, dispareunie cauzată de o condiție fiziologică cunoscută (N94.1) sau vaginism cauzat de o condiție fiziologică cunoscută (N94.2) — mai curând decât vaginism nonorganic (nedatorat unei substanțe sau condiții fiziologice cunoscute) (F52.5). Uneori, criteriile de diagnostic nu sunt clare. De exemplu, contracțiile musculare involuntare ce apar în cazul vaginismului cauzat de o vătămare a spatelui sunt tratate eficient prin terapie fizică a pelvisului, însă clienta continuă să simtă durere în timpul actului sexual din cauza stresului, anxietății, factorilor relaționali etc. Deseori, disfuncțiile sexuale au cauze atât organice, cât și nonorganice, prin urmare, sunt adecvate ambele diagnostice. Devine astfel evidentă importanța lucrului într-o echipă interdisciplinară atunci când diagnosticăm și tratăm probleme de funcționalitate sexuală. În cazul lui Erin, din nefericire nu prea știm multe despre istoricul ei medical, deci este important să culegeți informații suplimentare în acest sens.

Am menționat mai sus și un alt potențial diagnostic conform ICD-10-CM: eșecul răspunsului genital la femeie (F52.22)[24]. Acest diagnostic se pune atunci când principala dificultate constă în uscăciunea sau lipsa de lubrifiere a mucoasei vaginale (care contribuie la — sau cauzează — durerea sau disconfortul din timpul actului sexual). Cauzele uscăciunii mucoasei vaginale pot fi atât psihogene (stres, furie, anxietate etc.), cât și organice (de exemplu, deficiența de estrogen, infecțiile), subliniind din nou cât de important este să faceți o anamneză completă și să-i recomandați lui Erin să se supună unui examen medical. Pentru a culege date care să sprijine sau să infirme un diagnostic de eșec al răspunsului genital la femeie (F52.22), ar fi bine să clarificați cu pacienta ce înseamnă pentru ea lubrifierea sau „umezirea" genitală, precum și dacă folosește în timpul actului sexual lubrifianți cumpărați din comerț, știind că uneori aceste substanțe pot cauza iritație sau dureri. Ar fi bine, de asemenea, să lămuriți dacă are loc și un preludiu adecvat în contextul activității sexuale, pentru ca lubrifierea vaginală să se producă în mod natural. În cazul unor clienți, este suficient să le explicați despre importanța lubrifianților și a unui preludiu mai îndelungat cu partenerul lor sexual pentru a-i ajuta să reducă durerea din timpul actului sexual.

Vă mai puteți gândi și la un diagnostic de lipsa sau pierderea dorinței sexuale (F52.0) sau aversiune sexuală și lipsa plăcerii sexuale (F52.1) în cazul lui Erin. Nu avem suficiente informații, pe baza interviului clinic, pentru a confirma niciunul dintre aceste două diagnostice, însă ele ne fac să ne punem câteva întrebări importante. De exemplu, Erin își dorește să fie activă sexual și se gândește la sex? Dacă da, cât de des? Sunt binevenite avansurile sexuale ale soțului ei? Le evită? Dat fiind că Erin a pomenit faptul că se masturbează când e singură, s-ar putea ca diagnosticul de aversiune sexuală să nu vi se pară potrivit. Și totuși, aversiunea sexuală (F52.1) se referă la evitarea activității sexuale *cu un partener* din cauza unor trăiri afective negative, din cauza anxietății sau a fricii de o asemenea interacțiune sexuală. Oare nu cumva se potrivește cu faptul că Erin spune că are un sentiment de vinovăție și inadecvare atunci când e vorba de activitatea sexuală cu un partener?

ICD-10-CM oferă o singură opțiune pentru a diagnostica problemele legate de orgasm: disfuncție orgasmică (F52.3) sau, în acest caz, disfuncție orgasmică la femei (F52.31). Problemele de orgasm sunt de obicei descrise ca fiind *situaționale* sau *generalizate*, în funcție de când anume se manifestă: în anumite situații sau în timpul oricăror acte sexuale. Conform raportului de evaluare, Erin pare să aibă dificultăți situaționale legate de orgasm întrucât spune că are orgasm atunci când se masturbează singură. Dar această informație trebuie clarificată, întrucât Erin nu a folosit termenul de „masturbare", ci s-a referit doar la ce se întâmplă „când e singură cu ea". De asemenea, este posibil ca dificultățile legate de orgasm să dispară atunci când se rezolvă și problema durerii din timpul actului sexual. În acest caz, chiar dacă problemele de orgasm țin de durerea din timpul actului sexual, pot fi date ambele diagnostice pentru a cuprinde întregul tablou clinic și acuzele lui Erin.

---

[24] Acest cod nu apare în ediția publicată în România a ICD-10, fiind inclus doar în ICD-10-Clinical Modification. (N. red.)

Deși diagnosticele legate de o posibilă traumă sexuală au fost excluse pe baza interviului, puteți lua în calcul alte diagnostice, precum problemele legate de mediul social (Z60.8) sau probleme în relația cu soțul sau partenerul (Z63.0). Nu uitați că asigurările medicale nu decontează diagnosticele pe bază de coduri Z decât dacă sunt secundare unui alt diagnostic (de exemplu, disfuncție orgasmică la femei [F52.31]). Dacă diagnosticul principal constă într-un cod Z, etica profesională vă obligă să discutați cu pacientul dumneavoastră dacă poate continua tratamentul în cazul în care nu poate fi acoperit de asigurarea medicală.

Date fiind informațiile limitate pe care le avem în acest moment despre Erin, cele mai adecvate diagnostice sunt cel de dispareunie nonorganică (F52.6) și cel de disfuncție orgasmică (F52.31). Nu uitați că un diagnostic poate și trebuie să fie modificat ca urmare a aflării unor informații suplimentare. În situația lui Erin, este nevoie de un istoric medical, de examinarea stării actuale de sănătate și de evaluarea comportamentelor și funcționalității ei sexuale pentru a putea exclude alte potențiale diagnostice.

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 13.3:

Ce aspecte de etică profesională identificați în cazul de mai sus? Disconfortul și jena ce pot apărea în timpul unei discuții despre disfuncțiile sexuale pun probleme de etică? Ce probleme deontologice ar putea apărea în cazul în care ați face terapie de cuplu cu Erin și soțul ei și nu doar cu Erin?

Cea mai importantă chestiune de deontologie în cazul lui Erin se referă la limitele competenței. Atât Codul de etică al Asociației Psihologilor Americani (APA; 2017), *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*, cât și Codul de etică al Asociației Psihologilor Canadieni ([CPA], 2017), *The Canadian Code of Ethics for Psychologists*, discută importanța practicării profesiei de psiholog în limtele competențelor (Codul de etică al APA, Standardul 2.10, Limitele competenței; Codul de etică al CPA, Standardul II.6, 9). Codul de etică al APA stipulează următoarele: „Psihologii oferă servicii... clienților din populații și zone ce se află în limitele lor de competență, bazate pe educația, formarea, experiența din supervizare, consultări, studii sau experiența profesională pe care le au". Acesta este un aspect fundamental asupra căruia ne vom întoarce atenția în următoarea secțiune.

Respectarea dreptului la viață privată și a confidențialității (Codul de etică al APA, secțiunea 4: Dreptul la viață privată și confidențialitatea) este unul dintre pilonii pe care se construiește psihoterapia, ținând cont de obligația etică de a limita orice potențială încălcare a dreptului clientului la viață privată. Aspectele legate de păstrarea și limitele confidențialității trebuie discutate cu toți clienții capabili de a vă da consimțământul informat sau cu reprezentanții legali ai acestora. Dată fiind natura delicată și sensibilă a informațiilor despre sănătatea sexuală a unei persoane, inclusiv potențiale discuții terapeutice despre funcționalitatea sexuală, posibila infectare cu HIV, activitățile sexuale cu un partener, devine și mai evident de ce trebuie să discutați în detaliu cu clienții dumneavoastră cum veți respecta confidențialitatea și dreptul la viață privată, precum și despre limitele lor. De exemplu, în epoca fișelor medicale electronice și a sistemelor masive de îngrijire medicală, clienții e posibil să nu realizeze că la diagnosticele, notițele de terapie și rapoartele de evaluare care îi privesc ar putea avea acces și alți furnizori de servicii medicale. Este datoria dumneavoastră ca terapeut să vă asigurați că pacienții dumneavoastră sunt deplin conștienți și v-au dat consimțământul lor informat cu privire la ce tip de informații vor fi incluse în fișa lor medicală. Pentru a limita riscul încălcării dreptului la viață privată, rapoartele scrise și notițele evoluției ar trebui să includă „doar acele informații direct legate de scopul" comunicării. Când se pune problema consemnării informațiilor legate de istoricul sexual și funcționalitatea sexuală a unei persoane, furnizorul de servicii medicale are de hotărât ce detalii sunt necesare pentru evaluare și tratament și ce informații pot fi excluse pentru a respecta dreptul clientului la viață privată.

În cazul în care vreți să începeți terapia de cuplu cu Erin și Matt, va trebui să vă mai gândiți la următorul aspect: problema rolurilor multiple. Există diverse păreri ale specialiștilor în domeniu privind rolul terapeutului, de pildă, atunci când terapeutul oferă atât terapie individuală, cât și terapie de cuplu pentru același client. Mulți sunt de părere că în această situație trebuie să se lucreze cu doi terapeuți: unul pentru terapie individuală, altul pentru terapia de cuplu, deși acest lucru depinde de acuzele cu care se prezintă clienții, de disponibilitatea terapeuților precum și de alte circumstanțe (Corey, Corey & Callanan, 2011). O altă variantă este să discutați cu Matt în calitate de sursă colaterală, adică el va fi prezent în ședință pentru a o susține pe Erin și nu pentru a participa la un tratament pentru familie/cuplu. Oricum ar fi, este important să vă clarificați rolul și să clarificați rolul persoanelor cu care lucrați (Codul de etică al APA, secțiunea 10: Terapie). Va trebui să reflectați la rolul dumneavoastră în procesul terapeutic și să-l discutați cu ambii parteneri, inclusiv pentru a clarifica rolul lui Matt de sursă colaterală sau de client în psihoterapie de cuplu/familie și motivele pentru acest lucru. Aceste probleme se pun în special în terapia pentru cupluri și familii. Prin urmare, pe lângă codurile de etică, trebuie să consultați și alte resurse relevante (manuale și reviste academice dedicate terapiei de familie, supervizori cu competențe în acest domeniu etc.).

Managementul riscurilor — cum vă protejați pacientul, cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 13.4:

Ce potențiale riscuri ar putea apărea în terapia cu Erin? Credeți că ar fi riscant să discutați cu Erin sau cu soțul ei despre problemele lor sexuale dacă dumneavoastră înșivă nu vă simțiți confortabil discutând aceste lucruri sau credeți că nu sunteți competent în acest sens? Ce puteți face pentru a reduce aceste riscuri?

Din multe puncte de vedere, dacă vă protejați clientul, vă protejați pe dumneavoastră înșivă. Cel mai mare potențial risc în acest caz ține de limitele competenței dumneavoastră. Una dintre cele mai importante obligații etice pe care le aveți față de clientul dumneavoastră (și față de dumneavoastră înșivă) este autoevaluarea continuă a ariilor și nivelului competenței dumneavoastră. Care sunt punctele dumneavoastră forte ca practician? Ce puncte slabe aveți? Cu toții avem atât plusuri, cât și minusuri. Acestea fiind spuse, oferirea de servicii psihologice unui client care are o problemă sau provine dintr-un grup cultural sau are o identitate culturală cu care nu aveți nicio experiență nu este deloc o idee bună, ba este chiar o idee periculoasă. Dacă nu aveți competențe în a lucra ca psiholog clinician cu anumite probleme sau persoane provenite din anumite grupuri culturale, cel mai bine (inclusiv din punct de vedere etic) este să trimiteți pacientul unui alt psiholog. Astfel, vă ajutați și să vă protejați clientul, dar și pe dumneavoastră înșivă. O altă variantă, după cum am remarcat anterior, este să solicitați ajutorul unui supervizor sau al unui coleg.

În cazul de față sau în cazuri de disfuncții sexuale în general, dezvoltarea competenței profesionale prin participarea la cursuri și formări pe teme de sexualitate vă va ajuta să vă protejați mai bine. Suntem de părere că tratarea disfuncțiilor sexuale reprezintă o specialitate în sine în psihologia clinică și, prin urmare, necesită o pregătire specializată. Știm, de asemenea, că mulți terapeuți ce se află la început de drum nu au la dispoziție opțiunea de a se specializa în domeniul sănătății sexuale. Din acest motiv, mulți psihologi nu au pregătirea necesară pentru a lucra cu clienți precum Erin și se simt stânjeniți când trebuie să abordeze teme ce țin de sfera sexualității. Din fericire, există o serie de resurse sub formă de cursuri, formări și supervizare în domeniul terapiilor pentru probleme sexuale. Vă încurajăm să intrați în contact cu organizațiile profesionale din acest domeniu (de exemplu, Asociația Americană a Educatorilor, Consilierilor și Terapeuților pentru Probleme Sexuale) și să vă familiarizați cu jurnalele dedicate studiului și tratamentului acestor probleme (vezi *Journal of Sex & Marital Therapy*, *Relationship and Sexual Therapy*). În Extrasul 13.1 găsiți o selecție de excelente resurse bibliografice pe acest subiect.

Extrasul 13.1
Resurse suplimentare: Cum să abordăm problemele sexuale în terapie

Binik, Y.M., & Hall, K.S.K. (coord.). (2014). *Principles and practice of sex therapy* (5th ed.). New York, NY: Guilford Press.

Levine, S.B., Risen, C.B., & Althof, S.E. (coord.). (2016). *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.

Maurice, W.L. (1999). Talking about sexual issues: History-taking and interviewing. în M. Fathman (coord.), *Sexual medicine in primary care* (pp. 6–24). St. Louis, MO: Mosby, Inc. [disponibil gratuit la: http://www.kinseyinstitute.org/resources/maurice.html]

Concluzii

ACTIVITATEA 13.5:

Cum credeți că ați putea lucra cel mai bine cu Erin, în ședințe individuale sau ședințe cu Erin și cu partenerul ei? Care ar putea fi unele dintre scopurile inițiale ale tratamentului? I-ați recomanda să vadă un medic?

Noi abordăm problemele de funcționalitate sexuală de o manieră similară pentru toți clienții. Mai întâi facem o evaluare completă, incluzând aici și istoricul detaliat al relațiilor și activităților sexuale. A face o anamneză sexuală necesită abilități speciale, de care, după cum am tot spus în acest capitol, aveți nevoie pentru a lucra eficient cu clienții care au probleme de funcționalitate sexuală. Vă sugerăm să citiți resursele din Extrasului 13.1, mai ales capitolul scris de Maurice (1999) pe acest subiect. În al doilea rând, de obicei le recomandăm clienților noștri care vin cu probleme de natură sexuală să meargă și la un medic specialist pentru a putea exclude, pe baza unui consult, orice factori organici care ar putea contribui la problema existentă. Ne referim aici la orice problemă, de la durere în timpul actului sexual, la dificultăți de erecție sau orgasm sau alte probleme, chiar și atunci când par să fie în mare parte doar de natură psihologică.

În cazul lui Erin, diagnosticul inițial de dispareunie nonorganică (F52.6) a fost identificat ca explicație pentru durerea din timpul actului sexual. Am exclus diagnosticul de vaginism nonorganic (F52.5), iar pe Erin am trimis-o la un medic pentru a i se face o evaluare a sănătății sexuale în vederea clarificării diagnosticului. Examinarea medicală a scos la iveală faptul că Erin suferea într-adevăr de contracții involuntare ale musculaturii pelviene (vaginism). Aceste contracții erau totuși „minore", astfel încât ar fi putut permite penetrarea vaginală, deși durerea ar fi crescut în intensitate odată cu dimensiunea obiectului penetrant. Nu au fost identificați factori organici la acest control medical sau pe baza anamnezei care să justifice existența acestui simptom. Prin urmare, medicul i-a recomandat lui Erin să facă terapie fizică pentru pelvis și să urmeze ședințe de psihoterapie pentru tratarea vaginismului nonorganic și a disfuncției orgasmice la femei (F52.31).

Disfuncțiile sexuale reprezintă un grup de tulburări cu o structură eterogenă, dar cu multe trăsături în comun. Tratamentele validate științific diferă considerabil în funcție de disfuncția abordată. De exemplu, terapia comportamentală numită „metoda stop-start", descrisă inițial de Kaplan (1989), este metoda fundamentală pentru tratarea ejaculării premature. Deși nu există medicație specială pentru tratarea ejaculării premature, inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (printre efectele secundare ale cărora se numără și întârzierea ejaculării) sunt folosiți și în acest scop, împreună cu psihoterapia. În acest caz, ca și în cazul tratării multor altor (posibil chiar a tuturor) disfuncții sexuale, serviciile clinice integrate sunt esențiale. O serie de manuale oferă descrieri ale tratamentelor susținute empiric pentru tratarea disfuncțiilor sexuale (Binik & Hall, 2014; Hertlein, Weeks & Gambescia, 2015; Levine, Risen & Althof, 2016).

Prima etapă în tratamentul problemelor de natură sexuală constă de obicei în ședințe individuale de consiliere. În acest fel construiți un cadru de siguranță în care clienții pot vorbi despre sexualitatea lor, poate chiar pentru prima dată. Prin tratament, clienții de obicei sunt ajutați să-și înțeleagă mai bine anatomia, credințele și valorile cu privire la sexualitate, precum și dorințele sexuale. Astfel, îi veți ajuta să-și exprime deschis preferințele, dorințele și aversiunile ce țin de sfera sexualității, pentru a ajunge să se exprime la fel de deschis și față de partenerul sexual. Printre tehnicile frecvent folosite se numără explorarea fanteziilor, exerciții de autoatingere, precum și exerciții pentru acasă de a-și privi și explora zona genitală. Începând tratamentul prin ședințe individuale de terapie vă susțineți clienții la modul general, întrucât aceștia probabil că se simt destul de izolați și simt că nu pot apela la susținerea pe care o primesc în general de la prietenii lor, cu care nu pot discuta probleme de natură sexuală. În plus, prin consiliere individuală clienții dumneavoastră pot explora și procesa acele trăiri — printre care și sentimentele de vinovăție, rușine, jenă și nesiguranță — care apar de obicei în raport cu sexul și sexualitatea.

După cum am mai observat, s-ar putea ca în cadrul tratamentului să fie nevoie să-i implicați și pe partenerii clienților dumneavoastră. În funcție de nevoile clientului și de scopurile tratamentului, ar putea să se întâmple sub forma terapiei de cuplu/familie sau prin ședințe comune, la care îl invitați pe partenerul sau partenera clientului/clientei dumneavoastră pentru a participa în scop educativ sau suportiv. Oricum ar fi, îi veți ajuta să înceapă să vorbească mai deschis despre nevoile și dorințele lor sexuale, folosind abilitățile din ședințele de consiliere individuală. În cazuri în care este vorba de durere în timpul actului sexual, terapeutul va recomanda ca partenerii să nu facă sex prin penetrare în perioada în care clientul face terapie fizică pentru durerile din zona pelvisului. În acest fel, cuplul va putea să exploreze și alte activități sexuale fără presiune sau frica de durere, ceea ce îi va ajuta să capete încredere în materie de sex și să-și dezvolte repertoriul de activități sexuale dincolo de actul sexual prin penetrare. Cu timpul, psihologul va recomanda reintroducerea sexului prin penetrare, lucru ce va avea loc de o manieră graduală, sistematică și bine stabilită.

Sunt cazuri în care disfuncția sexuală apare în prezența unor abuzuri ce au loc constant în relația respectivă. Într-o asemenea situație, la fel ca și în cazul altor diagnostice, trebuie să aveți în vedere siguranța clientului. Se recomandă să tratați mai întâi simptomele curente de traumă, dacă acestea există, înaintea problemelor de natură sexuală. Desigur, situația poate varia de la caz la caz (de exemplu, un client care se prezintă cu traumă non-sexuală legată de participarea în activități militare sau de luptă ar putea să înceapă mai repede tratamentul pentru disfuncția sexuală).

Referințe bibliografice

American Psychiatric Association. (2016). DSM-5, Manualul de diagnostic și clasificare *statistică a tulburărilor mentale*, București, Editura Medicală Callisto.

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie 2010 și 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Binik, Y.M., & Hall, K.S.K. (coord.). (2014). *Principles and practice of sex therapy* (5th ed.). New York, NY: Guilford Press.

Canadian Psychological Association. (2017). *Canadian code of ethics for psychologists* (4th ed.). Accesat la: http://www.cpa.ca/docs/File/Ethics/CPA_Code_2017_4thEd.pdf

Corey, G., Corey, M.S., & Callanan, P. (2011). *Issues and ethics in the helping professions* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Hertlein, K.M., Weeks, G.R., & Gambescia, N. (coord.). (2015). *Systemic sex therapy* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

Kaplan, H.S. (1989). *PE: How to overcome premature ejaculation*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Levine, S.B., Risen, C.B., & Althof, S.E. (coord.). (2016). *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.

Maurice, W.L. (1999). Talking about sexual issues: History-taking and interviewing. În E.M. Fathman (coord.), *Sexual medicine in primary care* (pp. 6–24). St. Louis, MO: Mosby, Inc.

Miller, S.A., & Byers, E.S. (2008). An exploratory examination of the sexual intervention self-efficacy of clinical psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology, 2*, 137–144. http://dx.doi.org/10.1037/1931-3918.2.3.137

National Center for Health Statistics. (2014). *International classification of diseases and related health problems — Tenth revision, clinical modification.* Washington, DC: United States Government. Accesat la: http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm#icd2014

Simons, J.S., & Carey, M.P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior, 30*, 177–219. http://dx.doi.org/ 10.1023/A:1002729318254

Wittenberg, A., & Gerber, J. (2009). Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: Results from a two-arm study collecting data from patients and medical students. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 362–368. http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01046.x

---

F60.6 Tulburarea de personalitate evitantă / F60.0 Tulburarea de personalitate paranoidă

Abordări categoriale și dimensionale

Chelsea E. Sleep și Martin Sellbom

Tulburările de personalitate reflectă în general tipare persistente de trăiri și comportamente considerate dezadaptative sau atipice în cultura respectivă (Organizația Mondială a Sănătății [WHO], 1993), afectând gândirea, reglarea emoțională, controlul comportamentului și relațiile interpersonale ale persoanei, cauzând un grad semnificativ de distres sau afectare. Aceste disfuncționalități sunt inflexibile și pervazive, manifestându-se în mai toate situațiile și putând fi identificate încă din adolescență. Persoanele cu tulburări de personalitate pot fi întâlnite în toate contextele de îngrijire medicală (Tyrer, Reed & Crawford, 2015). Date fiind tiparele de lungă durată și suferința pe care o provoacă persoanei afectate și societății, este important să identificăm și să clasificăm aceste probleme.

Evaluarea tulburărilor de personalitate este una dintre cele mai dificile sarcini în psihologia clinică, mai ales din cauza naturii pervazive a tulburărilor și a lipsei markerilor biologici sau independenți care ar putea ajuta la identificarea lor (Tyrer și colab. 2015). Din păcate, am observat că în pregătirea clinică se ignoră de multe ori evaluarea tulburărilor de personalitate. Din experiența celui de-al doilea autor al acestui capitol, Martin Sellbom, clinicile universitare (de pe două continente) refuză de multe ori să trateze persoane cu o patologie legată de personalitate, justificând această decizie prin faptul că ar fi o sarcină prea dificilă pentru masteranzii sau doctoranzii în psihologie clinică. Desigur, severitatea disfuncționalității, precum și inerentele deficite de funcționare interpersonală contribuie la acest tip de răspuns. În plus, există o serie de controverse între specialiști cu privire la clasificarea tulburărilor de personalitate, iar aceste controverse contribuie la confuzia din domeniu. În mod tradițional, manualele de diagnostic au folosit modelul categorial de clasificare, influențat de modelul medical, potrivit căruia tulburările mentale sunt constructe ce diferă între ele. Atât în ICD (*Clasificarea tulburărilor mentale și de comportamente*) cât și în *DSM* (*Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*) criteriile de diagnosticare a psihopatologiei sunt bine delimitate. Clasificarea categorială a psihopatologiei personalității este marcată de limitări conceptuale și empirice (vezi Krueger, Hopwood, Wright & Markon, 2014; Skodol, 2012; Widiger & Trull, 2007 etc.). De pildă, suprapunerea excesivă a unor simptome dă naștere unei rate înalte de comobiditate între tulburări care, în teorie, ar trebui să fie distincte. Setul de criterii *politetice* (cu alte cuvinte, un pacient trebuie să prezinte un anumit număr de simptome din numărul total de simptome pentru a putea îndeplini criteriile pentru diagnosticare) determină o delimitare arbitrară între funcționarea normală și cea dezadaptativă, precum și o largă gamă de manifestări simptomatice diferite la pacienți care au același diagnostic (în unele cazuri, pacienții nu au niciun simptom în comun). Aceste seturi de criterii pot duce la pierderea unor informații importante din cauza caracterului arbitrar al pragurilor. De exemplu, dacă o persoană nu îndeplinește numărul obligatoriu de simptome pentru a fi diagnosticată cu o tulburare, atunci persoana nu va primi un diagnostic, în ciuda faptului că simptomele îi afectează funcționarea. În plus, se pierde și utilitatea în practica clinică, întrucât pierdem o modalitate de a descrie un pacient folosind etichete diagnostice bine-cunoscute. Totodată, Peter Tyrer, coordonatorul secțiunii despre tulburările de personalitate din viitoarea ediție a ICD (ICD-11), ce va fi publicată de OMS, susține că sistemele tradiționale de clasificare nu au suficient suport empiric. În consecință, clasificarea categorială, mai ales în ceea ce privește tulburările de personalitate, nu este utilă în practica clinică (Tyrer, 2013).

Poate vă veți bucura să aflați că studiul tulburărilor de personalitate este în plină evoluție. Ca răspuns la neajunsurile de care am vorbit, ultimele cercetări din domeniul evaluărilor psihologice și psihopatologiei pun accentul pe modelele dimensionale, potrivit cărora psihopatologia personalității se manifestă pe o scală mergând de la funcționarea normală la disfuncția severă (Krueger și colab., 2014). Aceste modele se bazează pe teorii ale trăsăturilor de personalitate, susținând că toți oamenii au personalități unice, cu trăsături primare și secundare (Tyrer, 2013). Aceste modele utilizează nu doar o abordare bazată pe trăsăturile de personalitate pentru a evalua și descrie aspectele psihopatologice, ci și un sistem de examinare a nivelului de disfuncționalitate a persoanei. Studiile au arătat că modelul dimensional de clasificare bazat pe trăsături dimensionale ale personalității poate răspunde multora dintre limitările inerente conceptualizării categoriale (Widiger & Trull, 2007). Prin urmare, în loc să diagnosticați mai multe tulburări de personalitate la aceeași persoană, descrieți personalitatea printr-o constelație de scoruri înalte la diverse trăsături dezadaptative de personalitate (Krueger & Markon, 2014). De asemenea, modelele dimensionale pot descrie mai bine funcționarea dezadaptativă a personalității fără a face apel la diagnostice redundante (Widiger & Trull, 2007), prin organizarea trăsăturilor într-o structură ierarhizată, cu trăsăturile primare (cum ar fi nevrotismul) pe un anumit nivel, iar fațetele mai specifice (anxietate, anxietate de separare etc.) la un nivel mai jos. Per total, modelele dimensionale au mult mai mult suport empiric decât clasificările categoriale tradiționale (Krueger și colab., 2014; Widiger, 2011).

Se preconizează ca noul model al diagnozei tulburărilor de personalitate să fie implementat în ICD-11. Grupul de lucru dedicat reclasificării tulburărilor de personalitate în cadrul ICD-11 a recunoscut existența dificultăților menționate anterior și a decis să elimine categoriile distincte de tulburări de personalitate. Mai precis, tulburările de personalitate vor fi privite din perspectiva trăsăturilor dimensionale de personalitate, care sunt încă în curs de a fi selectate în acest scop (Tyrer și colab., 2014). Clasificarea principală va consta într-o singură tulburare, cu patru niveluri de severitate: personalitate dificilă (cu cod Z), tulburare ușoară a personalității, tulburare moderată a personalității și tulburare severă a personalității. Observați că tulburările de personalitate vor fi privite ca făcând parte dintr-un continuum, potrivit acestui sistem de clasificare. Totodată, gradul de severitate devine un element de importanță critică în stabilirea unui diagnostic și va fi măsurat în diverse domenii de funcționare (Tyrer și colab., 2014). Și *DSM-5* s-a distanțat de modelul categorial, propunând un model alternativ al tulburărilor de personalitate în secțiunea a III-a a manualului (American Psychiatric Association, 2016). Și acest model alternativ reduce numărul categoriilor de tulburări de personalitate, evaluând tulburările de personalitate în funcție de trăsăturile de personalitate și de gradul de afectare a funcționării persoanei.

Un aspect foarte important în privința abordării dimensionale a procesului de diagnosticare ține de *utilitatea clinică*. Unii critici ai abordării dimensionale susțin că în practica clinică dimensiunile nu sunt ușor de folosit. Și totuși, atât noi, autorii capitolului, cât și alți cercetători susținem că folosirea dimensiunilor ce indică severitatea unei tulburări este mai utilă în procesul de decizie și clasificare decât criteriul politetic (Livesley, 2012). Manualele de diagnoză prezintă deja un exemplu în acest sens: dizabilitatea intelectuală. Este vorba în acest caz de inteligență, un construct cu o distribuție normală, cu diferențe individuale. Scorurile foarte mici (presupunând de obicei două deviații standard sub medie) sunt considerate mai degrabă anormale, iar diagnosticul se pune atunci când se observă și deficite adaptative (când funcționarea este afectată). O abordare la fel de utilă s-ar putea aplica și în cazul unei combinații dintre trăsăturile dimensionale ale personalității și disfuncționalitate, ca parte din procesul de diagnosticare (Crawford, Koldobsky, Mulder & Tyrer, 2011).

În acest capitol vom face o analiză de caz din perspectivă tradițională (categorială; ICD-10) și din perspectivă dimensională. Dat fiind scopul acestui capitol, vom exemplifica formularea tulburărilor de personalitate în termeni de trăsături de personalitate și disfuncționalitate descrise în literatura bazată pe studii empirice. În evalurea gradului de disfuncționalitate ne-am inspirat din schimbările propuse pentru ICD-11 și descrise de Tyrer și colaboratorii săi (2015). Sperăm ca această discuție să vă ajute să folosiți actualul ICD-10-CM și să îmbrățișati viitoarele schimbări din diagnoza tulburărilor de personalitate.

Cazul

Anne este o femeie de rasă caucaziană în vârstă de 33 de ani, care a solicitat o evaluare psihologică în vederea diagnosticării și recomandării unui tratament. S-a adresat unei clinici locale de psihologie întrucât a fost diagnosticată cu „tulburare de personalitate de tip borderline" de către un alt psiholog, dorind o confirmare a acurateții diagnosticului. Anne declară la început că se luptă cu „întregul său sine" și că are „gânduri nebunești". A tot încercat să obțină ajutor de ani buni de zile, dar fără niciun rezultat. Spune că fiecare zi este „copleșitoare"și că nu relaționează cu alte persoane, deși „este clar că nu așa ar trebui să fie". Situația „a scăpat de sub control" în ultimele 12 luni, Anne spunând că vrea să fie „lăsată în pace de toată lumea". Se simte copleșită de stres și anxietate, iar în aceste situații „își pierde complet controlul" și se poartă „foarte urât... mai ales cu copiii". Recunoaște că își abuzează verbal și fizic copiii, fiindcă se simte copleșită de propriile sale emoții și de comportamentele dificile ale copiilor. Spune că abuzul verbal este frecvent, iar abuzul fizic are loc cam la două-trei luni. În consecință, Anne se confruntă cu o stare de suferință emoțională și probleme în diverse domenii de funcționare.

Pe lângă dificultatea de a-și controla emoțiile, Anne spune că are probleme grave în relațiile sociale. Afirmă că nu are încredere în oameni, că o sperie procesul de a menține niște relații de prietenie și că persoanele importante pentru ea o vor trăda. Spune că nu vrea să aibă încredere în oameni pentru că o vor exploata, dacă le dă ea această ocazie. Declară că „urăște" oamenii; găsește o „deosebită plăcere în a urî alți oameni" întrucât, în acest fel, „nu sunt eu singura ticăloasă". În mod evident, sentimentele sale de inadecvare și ură de sine contribuie la faptul că evită situațiile sociale, Anne nevrând să socializeze fără să fie sigură că nu va fi respinsă. Declară în mod repetat că este hipersensibilă la critici și că îi displace profund să se simtă rușinată. Și totuși, Anne subliniază (oarecum paradoxal) că își dorește să aibă relații personale și că nu vrea să fie singură. Ba chiar a făcut eforturi extreme de a evita să fie părăsită de un iubit, spunând că s-a comportat ca o „nebună". Acest paradox se potrivește cu faptul că Anne are sentimentul unei identități instabile sau inexistente, spunând: „Nici măcar nu știu cine sunt". Anne spune, de asemenea, că se chinuie mult cu alimentația. Este subponderală și deseori își interzice să mănânce, mai ales când este supărată pe sine însăși. O îngrozește ideea de a se îngrășa și își face multe probleme în legătură cu aspectul său fizic. Pe de altă parte, spune că nici nu vrea să mai ajungă „prea slabă", afirmație care susține teza unei identități instabile. Anne are, de asemenea, și stări de „disociere", în care se simte „de parcă nu ar fi prezentă... ca și cum aș visa... simt furnicături în tot corpul; nu mă aflu pe această planetă", o stare pe care o trăiește des în situații sociale.

Nu e prima dată când Anne solicită ajutor. Când era în clasa a cincea sau a șasea a mers la psihologul școlii pentru unele probleme de comportament. La vârsta de 14 ani i s-a recomandat „să facă psihoterapie cognitiv-comportamentală", însă nu a vrut. Mai târziu, la 18 ani, a fost internată după o „cădere nervoasă". Anne relatează despre o „tentativă de suicid", petrecută după câteva luni, când a luat 36 de pastile de Effexor (sau venlafaxină, un inhibitor al recaptării serotoninei), dar spune că a fost mai mult un „strigăt de ajutor" decât o tentativă de suicid, întrucât voia ca „ceilalți să înțeleagă cât de mult sufăr", deși declară că nu i-ar fi păsat prea mult dacă ar fi murit. Spune că a fost dusă la „secția de neuro" întrucât a avut trei episoade convulsive după supradoza de pastile. La vârsta de 20 de ani a făcut consiliere pentru agresiunea sexuală la care a fost supusă. Apoi a mai solicitat servicii psihologice din când în când, fără să observe vreo îmbunătățire a situației ei.

Un element-cheie în formularea unui diagnostic este încadrarea simptomelor actuale ale pacientului în contextul vieții sale. Anne nu-și aduce aminte prea bine de copilăria sa, însă spune că au fost etape uneori haotice, întrucât mama sa era „superstresată, deși avea o inimă bună". Tatăl ei dezvoltase dificultăți comportamentale după o traumă cerebrală și o „șantaja emotional" când îi spunea că o va renega dacă nu făcea ce voia el. Mărturisește că și-a văzut tatăl abuzându-i fizic pe cei doi frați mai mari ai ei, însă că nu-i făcuse același lucru și ei, fiindcă era fată. Tatăl îi arăta mai multă afecțiune ei decât băieților, care erau, astfel, geloși pe ea și o porecliseră „prințesa". Își aduce aminte cum la un moment dat au vrut să o sufoce cu o pernă „ca să mă sperie, nu ca să mă omoare". Totodată, își aduce aminte că atunci când era mică (între 3 și 5 ani), fratele ei mai mare a inițiat niște jocuri sexuale cu ea. Spune că s-a simțit foarte derutată în momentul respectiv, dar că a uitat de acest lucru până

când propria ei fiică a fost victima unei agresiuni sexuale. Anne mai spune și că în clasa a șasea a fost țintuită la pământ de un grup de băieți care au amenințat-o că o vor viola. La vârsta de 20 de ani a fost drogată cu flunitrazepam într-un bar, iar când s-a trezit, o persoană necunoscută o penetra cu degetul. Aceste tipuri de experiențe pot, în mod evident, să aibă o puternică influență asupra dezvoltării ulterioare a simptomelor, mai ales în raport cu reglarea emoțională.

Anne spune, de asemenea, că în copilărie nu prea avea prieteni și nu-și găsea locul. A avut un comportament foarte „sexualizat" în pubertate, dezgolindu-și părți ale corpului ca să le vadă băieții, crezând că așa o să o placă. A început să bea alcool la vârsta de 13 ani fiindcă „voia să fie de gașcă și să aibă prieteni". La vârsta de 17 ani a avut primul iubit, în vârstă de 20 de ani. El a insistat să facă sex, iar ea a fost de acord: „închideam ochii și pretindeam că nu mă aflam acolo". El era și violent fizic față de ea, iar Anne a reușit până la urmă să iasă din relație. Peste câțiva ani l-a întâlnit pe bărbatul care urma să devină tatăl copiilor ei, relația lor fiind una tumultoasă, în parte din cauza faptului că el era dependent de metamfetamine, iar în cele din urmă relația s-a încheiat. Anne afirmă că are multe probleme cu copiii ei. Fiica ei (în vârstă de 11 ani) are „PTSD cronic" [tulburare de stres posttraumatic] din cauza unei agresiuni sexuale și are des „stări de disociere". Fiul ei (în vârstă de 8 ani) are și el „anxietate din cauza unei traume" și are mari probleme de comportament la școală și acasă.

De 3 ani și jumătate încoace, Anne are o relație cu un bărbat înrolat în forțele navale și care nu stă prea mult pe acasă. Descrie relația lor ca fiind mai „ciudată", cei doi având dese despărțiri din cauza izbucnirilor ei emoționale. Și totuși, au rămas împreună. El o susține foarte mult, iar copiii „îl adoră". Anne îl iubește și i-a fost fidelă încă de la început, declarând că „mă îndrăgostesc repede, așa încât nu vreau să mă culc cu altcineva și să încep să am sentimente față de acea persoană". Din nefericire, iubitul ei urmează să fie trimis în Antarctica pentru cel puțin șase luni, ceea ce o face să se simtă stresată.

Evaluarea conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 14.1:

Cum înțelegeți dumneavoastră toată această constelație complexă de simptome? Din punctul de vedere al diagnosticului, ce comportamente și emoții sunt cele mai relevante? Ce alte informații vă sunt necesare?

Este imperios necesar să aveți mai multe surse de informații pentru a putea diagnostica o personalitate patologică, întrucât este de așteptat ca un adult să aibă tipare comportamentale pervazive și complexe, care nu pot fi identificate doar pe baza unei singure surse de informații (de exemplu, prin interviul clinic). Mai mult, se recomandă ca evaluările psihologice susținute de dovezi să se fundamenteze pe surse multiple de informații (vezi Bornstein, 2016). Desigur, un interviu clinic complex este necesar, cum ar fi Interviul clinic structurat pentru tulburările de pe Axa II — *DSM-IV* (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997) care să sporească fidelitatea interviului. Am inclus, totodată, și testul Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2–Restructured Form (MMPI–2–RF; Ben-Porath & Tellegen, 2008), un inventar de personalitate multifazic folosit pe scală largă, pentru a extinde sursele de informare și a spori fidelitatea.

Nu s-a putut obține de la Anne un profil de MMPI–2–RF interpretabil, sugerând supraraportarea unor emoții negative extreme, ceea ce este de înțeles, dat fiind istoricul ei, însă interviul structurat a fost de ajutor în colectarea următoarelor informații: Anne manifestă atât impulsivitate, cât și o considerabilă instabilitate afectivă persistentă. S-a prezentat într-o stare de distres accentuat și a vorbit despre anxietate, stres și ură de sine „copleșitoare", precum și despre dispoziția sa „groaznică". Totodată, Anne manifestă în mod constant o furie intensă și incontrolabilă față de copiii ei, însoțită de abuzuri verbale și uneori fizice, precum și o suspiciozitate generală cu privire la alți oameni. În privința impulsivității, din declarațiile lui Anne rezultă probleme legate de promiscuitate sexuală, consum excesiv de alcool, cumpărături sub impulsul momentului, precum și furturi din magazine în copilărie. În plus, Anne are un istoric de relații instabile, caracterizate de violență sexuală, violență fizică sau despărțiri și împăcări bruște, cu o predilecție spre poli extremi, idealizare sau devalorizare (de exemplu, se îndrăgostește repede, dar la fel îi și „urăște" pe ceilalți). Manifestă nesiguranță cu privire la sentimentul propriei identități și un istoric de diverse și numeroase roluri vocaționale, studii și asistență psihologică tot de o manieră imprevizibilă și inconstantă. A mai raportat și gânduri suicidare recurente (de exemplu, se gândește des la moarte) și comportamente de autovătămare (autoînfometare și o tentativă de suicid). În fine, manifestă un sentiment cronic de vid interior, cu impresia că „nu se află nimic acolo".

Diagnostic conform ICD-10-CM

Anne manifestă o serie de simptome caracteristice pentru mai multe tulburări mentale. Dat fiind istoricul său de traumă semnificativă, dificultățile de autoreglare emoțională și starea de hipervigilență, parțial ca reacție la traumă, un posibil diagnostic este cel de tulburare de stres posttraumatic (F43.1). Nivelul stării ei de suferință, însoțită de un grad înalt de anxietate și stres, la care se adaugă numeroasele evenimente traumatice din copilărie, printre care numeroasele episoade de abuz sexual sau agresiune fizică, ar trebui să vă ducă cu gândul la PTSD. Și totuși, pacienta nu a declarat prezența unor amintiri intruzive, retrăirea în minte a episodului traumatic sau chiar hipervigilența observată de obicei în cazuri de PTSD. Mai sunt și alte simptome necaracteristice pentru PTSD, cum ar fi ura de sine și extrema instabilitate din relațiile interpersonale. Diagnosticul de PTSD este exclus și din pricina faptului că tabloul clinic nu este unul tipic și nu putem stabili dacă simptomele au debutat la șase luni de la evenimentul traumatic.

Anxietatea socială extremă, teama de critică și comportamentul de retragere ne pot duce cu gândul la un diagnostic de fobie socială (F40.11). Dar fobia socială nu poate explica faptul că își abuzează copiii și că are relații instabile caracterizate de suspiciozitate și sentimente de ură, presupunând mai multă agresivitate implicită decât în caz de fobie socială generalizată, care derivă în principal din teama de a fi criticat și evaluat negativ de către ceilalți.

Emoțiile negative extreme, printre care dispoziția deprimată și ura de sine, gândurile de suicid și sentimentul cronic de vid interior, pot sugera și o tulburare depresivă majoră recurentă (F33.1). Persoanele cu tulburare depresivă majoră trăiesc de regulă emoții negative și un puternic sentiment de inferioritate. De obicei, relațiile cu ceilalți nu sunt caracterizate de agresivitate, spre deosebire de sentimentul inadecvării personale sau chiar al agresivității îndreptate spre interior, ceea ce ar însemna că tulburarea depresivă majoră nu este un diagnostic potrivit.

După cum veți observa din restul formulării, opinia noastră este că simptomele și comportamentele lui Anne se justifică mai bine prin prisma unui stil dezadaptativ, cronic și inflexibil de personalitate, sub forma unei tulburări mixte de personalitate.[25] Să începem cu simptomele care nu se potrivesc celorlalte diagnostice menționate mai sus.

Multe dintre simptomele lui Anne par să se concentreze pe modul în care ea se percepe în raport cu alte persoane. Anne are sentimente persistente și pervazive de tensiune și teamă, dat fiind că se simte des stresată și copleșită, mai ales în situațiile sociale. Mai departe, a indicat o lipsă de disponibilitate spre a se apropia de alte persoane fără să fie sigură că o vor plăcea, reținere în relațiile intime, precum și reticență în a se încrede în ceilalți de teamă că o vor respinge. Se teme atât de mult că va fi criticată sau respinsă în situații sociale, încât evită astfel de ocazii. Manifestă inhibiție în relațiile sociale din cauza sentimentului pervaziv de inferioritate și a sensibilității la critică. Pe lângă teama de a se face de rușine și de a fi respinsă de ceilalți, Anne a demonstrat o evidentă și recurentă suspiciune că alte persoane ar profita de ea sau ar abuza de ea dacă ar avea ocazia (declarând că „nu e bine să ai încredere în nimeni"). Conform spuselor ei, „urăște" oamenii de mai multă vreme, având îndoieli cu privire la motivele lor și manifestând o lipsă de încredere și ideație paranoidă în legătură cu intențiile celorlalți și cu sensurile ascunse ale unor comentarii nevinovate. Totodată, poartă pică și nu are încredere în fidelitatea partenerului. Evident, toate aceste gânduri și sentimente o fac să evite să iasă în lume.

---

[25] Tulburarea mixtă de personalitate (F61.0) este inlcusă în ICD-10, dar nu și în ICD-10-CM. Mai târziu în acest capitol vom formula și diagnosticele conform ICD-10-CM. (N. red.)

Acest set de simptome se potrivește cel mai mult cu un pattern persistent și pervaziv ce reflectă un stil inflexibil de coping și de relaționare cu oamenii, ducând la probleme pe termen lung în situații sociale sau vocaționale, pe lângă distres perceput, toate acestea fiind caracteristici de bază ale unei tulburări de personalitate. Conform unui sistem tradițional de diagnosticare, aceste simptome sociale sunt incluse în două tulburări de personalitate diferite: tulburarea de personalitate evitantă (F60.6), care acoperă anxietatea și sentimentul de inadecvare pe care le trăiește în relații, precum și tulburarea de personalitate paranoidă (F60.0), în care intră suspiciozitatea și agresivitatea pe care le arată în relațiile cu ceilalți.

Probabil ați observat faptul că multe dintre aceste simptome se regăsesc în ambele diagnostice — în special disfuncționalitatea extremă din relațiile interpersonale, incluzând efortul de a evita relațiile apropiate — dar și faptul că aici se pierde atuul principal al unui sistem de diagnosticare pe bază categorială (și anume, ușurința de comunicare între specialiștii din domeniul sănătății), mai ales din cauza gradului înalt de comorbiditate (trebuie menționat că Anne manifestă trăsături tipice și pentru alte două tulburări de personalitate — tulburare de personalitate antisocială [F60.2; impulsivitate și agresivitate] și tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă [F60.5; rigiditate și încăpățânare]). Prin urmare, avem nevoie de patru categorii de diagnostic pentru a acoperi diversitatea de comportamente și emoții remarcate la Anne. Cu ce ne ajută o listă de patru diagnostice pentru a înțelege ce se întâmplă cu Anne? Există o modalitate mai concisă și eventual mai bine susținută empiric de a organiza toate aceste date?

ACTIVITATEA 14.2:

Înainte să citiți mai departe, gândiți-vă cum ați putea organiza simptomele și trăsăturile lui Anne conform unui model dimensional. Descrieți unde se află pe dimensiunea disfuncționalității discutată anterior în acest capitol. Care este modul în care dumneavoastră, în cuvintele dumneavoastră proprii, ați descrie personalitatea ei (dezadaptativă) de o manieră succintă, fără limitarea impusă de categoriile de diagnostic?

Un model dimensional al disfuncționalității și trăsăturilor pentru a caracteriza un stil de personalitate reprezintă o potențială soluție. Există probleme de funcționare în cazul de față? Să ne uităm la datele culese. Anne evită situațiile sociale, fiind des mânioasă și agresivă cu ceilalți ca urmare a lipsei de autoreglare emoțională. Se așteaptă mereu numai la rău din partea celorlalți și le atribuie intenții ostile în circumstanțe ambigue. În plus, îi este greu să se angajeze și să păstreze o slujbă. De asemenea, are un tratament abuziv față de copiii săi și nu are încredere în propria capacitate de a avea grijă de copii, într-atât încât a permis să fie înregistrată pe casetă video declarând că îi abuzează, în speranța că în acest fel îi vor fi luați din grijă. Prin urmare, funcționarea lui Anne este afectată în domeniile interpersonal, ocupațional și legal. Folosind sistemul tulburărilor de personalitate propus pentru includere în ICD-11, am spune că Anne are o tulburare *severă* de personalitate.

Simptomele și trăsăturile lui Anne pot fi descrise mai concis din perspectiva trăsăturilor de personalitate. Anne a atins un nivel înalt dezadaptativ de afectivitate negativă și introversie. Se poate spune că a atins cote înalte la trăsăturile ce reflectă instabilitatea emoțională (dată fiind incapacitatea ei de a-și regla emoțiile), anxietatea (dată fiind anxietatea ei intensă și pervazivă, mai ales în interacțiunile sociale), nesiguranța legată de separare (dată fiind teama ei de respingere și abandon), ostilitate (dată fiind tendința spre mânie și intoleranța la frustrare), deprimare (dată fiind tendința de a se simți deprimată, nefericită, fără de speranță și tendința suicidară), precum și suspiciozitatea (din cauza ideației paranoide și neîncrederii în alți oameni), din domeniul afectivității negative. În privința introversiei, Anne are un grad înalt de retragere socială (dată fiind tendința ei de a se izola) și anhedonie (din cauza incapacității de a se bucura de activități în mediul ei și din cauza sentimentului cronic de vid interior). Anne dă dovadă, de asemenea, de un nivel moderat de impulsivitate și psihotism (din cauza tendințelor sale disociative).

Prin urmare, modelul propus pentru ICD-11, model ce include gradul de deteriorare a funcționării (deteriorare severă, în cazul lui Anne) și o descriere concisă bazată pe modelul dimensional al trăsăturilor, acoperă întreagă gamă a patologiei personalității (Anne atinge un nivel înalt de afectivitate negativă și introversie). Un diagnostic util din punct de vedere clinic poate fi făcut fără a trebui să încadrăm persoana într-o categorie de tulburări de personalitate de o validitate îndoielnică (Tyrer și colab., 2015).

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 14.3:

Ce dileme etice ar putea să apară în cazul de față? Vă îngrijorează situația copiilor lui Anne? Dacă da, puteți întreprinde vreo acțiune pentru a le asigura siguranța, dar fără a-i face un rău lui Anne?

Sunt două probleme de etică pe care ar trebui să le aveți în vedere. În primul rând, Anne a spus (fiind înregistrată video în timpul ședinței inițiale) că se enervează și își pierde cumpătul atât de rău încât își abuzează fizic copiii. Psihologii au obligația legală de a raporta autorităților desemnate în acest sens atunci când au motive clare să creadă că un minor a fost supus sau este în pericol iminent de a fi supus abuzului sau neglijenței; acest lucru ar trebui să fie clar precizat în timpul procesului de obținere a consimțământului informat. În situații de acest fel, trebuie să puneți în balanță respectarea responsabilității etice de a păstra confidențialitatea, pe de o parte, și reducerea riscului de vătămare a altora și respectarea legii, pe de altă parte. Mai este și o chestiune de gestionare a riscurilor. În cazul în care copiii ar fi vătămați și dumneavoastră nu ați raportat informații care să fi ajutat la protejarea lor, puteți fi considerat vinovat. Uneori, după cum se întâmplă și în cazul de față, clienții recunosc că la un moment dat s-au simțit atât de copleșiți de starea în care se aflau și s-au temut atât de mult că le-ar putea face ei înșiși un rău copiilor, încât au manipulat singuri situația, știind care vor fi consecințele. Este important ca în acest gen de situații să continuați să fiți atenți la orice semne de abuz curent sau potențial risc de abuz.

O a doua mare problemă (având legătură cu prima) este riscul de autovătămare. În cazul lui Anne, date fiind intensitatea și frecvența abuzurilor fizice împotriva propriilor copii și faptul că a spus că nu este capabilă să aibă grijă de ei, luați hotărârea să contactați direcția de protecție a copilului. Chiar dacă Anne și-a exprimat la un moment dat dorința să-i fie luați copiii din grijă, se supără foarte rău și amenință cu suicidul la auzul posibilității ca asistența socială să-i ia copiii. Întrucât vă mărturisese deja că are gânduri legate de moarte și dat fiind că se află într-o stare de neputință și lipsă de speranță, riscul de suicid este mare. Din nou se pune problema cântăririi obligațiilor legale și etice. Ca primă măsură, trebuie să faceți o evaluare informală a riscului de suicid, pentru a stabili probabilitatea de autovătămare; aici intră evaluarea intenției de a se sinucide, exprimarea unui plan de suicid și gradul de acces la mijloacele de a pune în aplicare această intenție. Planurile de siguranță în formă verbală sau scrisă (sau ambele forme) sunt un prim pas înspre a-i ajuta pe clienți să dezvolte răspunsuri mai adaptative la ideația suicidară. Dacă nu aveți încredere că genul acesta de intervenție ar avea vreun efect pozitiv, trebuie să luați în calcul internarea sau contactarea serviciilor de urgență.

O a treia întrebare este dacă vreți să oferiți servicii psihologice unei persoane atât de vulnerabile, dar atât de inflexibile și cu atât de multe probleme ca Anne. Aveți dreptul să decideți în ce domeniu de competență vreți să vă specializați ca psiholog și ce abilități vreți să dezvoltați. Pe de altă parte, nu aveți dreptul etic de a refuza servicii anumitor persoane din diverse motive, precum cele menționate de legislația federală (Asociația Psihologilor Americani [APA; 2017]; *Principiile etice și codul de conduită* [Codul de etică al APA; Standardul 3.01, Discriminare incorectă). Va trebui să decideți dacă există o obligație etică să livrați servicii psihologice persoanelor din grupuri vulnerabile și cu acces limitat la serviciile psihologice, ca în situația de față (vezi APA (2017), Codul de etică, Principiul E: Respectarea drepturilor și demnității persoanei; precum și Asociația Psihologilor Canadieni [CPA; 2017] Codul de etică, Standardul I, Valorile II, IV).

Managementul riscurilor — cum vă protejați pacientul și cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 14.4:

Ce riscuri ar putea apărea în lucrul cu un pacient precum Anne, care are probleme de autoreglare emoțională și instabilitate afectivă? Ce puteți întreprinde pentru a vă proteja pe dumneavoastră înșivă și pentru a acționa concomitent spre binele lui Anne în situația în care pacienta devine ostilă și dezvoltă rezistență la tratament?

Dacă hotărâți să lucrați în terapie cu o persoană precum Anne, este extrem de important să fiți conștient de ce trebuie să faceți pentru a vă proteja. Un prim pas important este să-i precizați foarte clar lui Anne ce rol veți avea și cum va decurge tratamentul. Aceasta este o formă de management al așteptărilor. Este important să explicați foarte clar încă de la bun început cât de departe veți merge și cum veți proceda. Cu alte cuvinte, este important să definiți clar limitele. Mai mult, este important ca și dumneavoastră înșivă să nu încălcați aceste limite. Modul în care Anne relaționează cu ceilalți este inconstant și inflexibil, însă, în același timp, Anne știe bine cum să-i facă pe ceilalți să aibă reacții față de ea care îi scad sau îi cresc nivelul de anxietate. Persoanele care o cunosc ar descrie-o pe Anne ca având un comportament manipulativ. Astfel, ar putea fi foarte ușor să cedați unora dintre cerințele sau solicitările ei — ca modalitate de a vă gestiona propria anxietate. Odată ce porniți pe această cale, riscurile cresc. Unii psihologi ajung să încalce cadrul, dorind să-și ajute pacienții cu cele mai bune intenții.

Din cauza problemelor ce pot apărea cu pacienți precum Anne, este foarte important să aveți un grup de colegi care să vă susțină și cu care să vă consultați astfel încât să vă asigurați că nu o luați pe panta încălcării cadrului. După cum vi se va explica în capitolul 15, interacțiunea cu un grup de colegi și specialiști este un aspect esențial al terapiei comportamentale dialectice (DBT[26]).

Concluzii

ACTIVITATEA 14.5:

Tabloul clinic prezentat de Anne este în mod evident unul foarte complex. Ce recomandări de tratament ați face? Care sunt cele mai importante scopuri ale tratamentului, din punctul dumneavoastră de vedere și din punctul de vedere al lui Anne? Ați vrea să vă concentrați atenția asupra vreunui aspect anume al personalității sau comportamentelor ei?

---

[26] DBT — dialectical behavior therapy. (N.t.)

Cazul lui Anne ar fi dificil de abordat de către orice psiholog, dată fiind severitatea patologiei manifestate de personalitatea lui Anne. În mod clar, Anne ar beneficia de pe urma unei psihoterapii individuale intensive, concentrată pe dezvoltarea unor mai bune abilități de reglare emoțională, abilități de coping, stimă de sine și relații interpersonale. Abordarea comportamentală dialectică (vezi capitolul 15 din acest volum) este susținută empiric (vezi Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann & Linehan, 2014) și este de preferat, întrucât include mai multe strategii de reducere a riscului de autovătămare și vătămare a altor persoane, abilități de mindfulness, strategii cognitiv-comportamentale, antrenamentul abilităților sociale și sprijin continuu. Cu toate acestea, DBT este un tip de tratament specializat care nu este întotdeauna disponibil în comunitățile mai mici în formula sa completă. Prin urmare, dat fiind că multe dintre trăirile și comportamentele lui Anne se datorează unor scheme cognitive dezadaptative, o abordare cognitiv-comportamentală se poate folosi acolo unde terapia comportamentală dialectică nu este disponibilă (vezi Stoffers și colab., 2012). Disfuncționalitatea de care suferă Anne este, în mare parte, o disfuncționalitate la nivel de coping. Anne și-a dezvoltat un set de mecanisme de coping care nu îi sunt utile, drept pentru care ea trăiește în continuare o intensă suferință emoțională. Stilul ei de coping nu are un impact pozitiv nici asupra persoanelor din jur, drept pentru care oamenii nu apreciază comportamentele lui Anne. Scopul oricărei terapii este de a o ajuta pe Anne să dezvolte abilități comportamentale și emoționale mai eficiente, astfel încât să învețe să răspundă mai eficient la problemele cu care se confruntă.

Dată fiind severitatea acestui caz, doar un psiholog specializat în tratarea tulburărilor de personalitate ar trebui să lucreze cu Anne. Totodată, recomandăm ferm ca lui Anne să i se facă o evaluare psihiatrică în vederea unui tratament cu medicamente psihotrope (pentru problemele grave de reglare afectivă deficitară), astfel încât un psihiatru să hotărască dacă este nevoie de un asemenea tratament adițional. În cele din urmă, oricare ar fi modalitatea de tratament, personalitatea lui Anne nu se va schimba radical. Mai degrabă, scopul tratamentului va fi ca Anne să acumuleze suficiente abilități de coping pentru a dezvolta comportamente mai adaptative în fața unor situații stresante, chiar și în condițiile profilului ei de personalitate.

Referințe bibliografice

American Psychiatric Association. (2016). DSM-5, Manualul de *diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, București, Editura Medicală Callisto.

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie 2010 și 1 ianuarie 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Ben-Porath, Y., & Tellegen, A. (2008). *MMPI–2–RF: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bornstein, R.F. (2016). Evidence-based psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, *3*, 1–11. http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2016.1236343

Canadian Psychological Association. (2017). *Canadian code of ethics for psychologists* (4th ed.). Accesat la: http://www.cpa.ca/docs/File/Ethics/CPA_Code_2017_4thEd.pdf

Crawford, M.J., Koldobsky, N., Mulder, R., & Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, *25*, 321–330. http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.321

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1997). *Structured Clinical Interview for* DSM–IV *Axis II Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Krueger, R.F., Hopwood, C.J., Wright, A., & Markon, K. (2014). *DSM–5* and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *21*, 245–261. http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12073

Krueger, R.F., & Markon, K.E. (2014). The role of the *DSM–5* personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 477–501. http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732

Livesley, J. (2012). Tradition versus empiricism in the current *DSM–5* proposal for revising the classification of personality disorders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *22*, 81–90. http://dx.doi.org/10.1002/cbm.1826

Neacsiu, A.D., Eberle, J.W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M.M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized

controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 59,* 40–51. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005

Skodol, A.E. (2012). Personality disorders in *DSM–5. Annual Review of Clinical Psychology, 8,* 317–344. http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131

Stoffers, J.M., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8,* CD005652.

Tyrer, P. (2013). The classification of personality disorders in ICD–11: Implications for forensic psychiatry. *Criminal Behaviour and Mental Health, 23,* 1–5. http://dx.doi.org/10.1002/cbm.1850

Tyrer, P., Crawford, M., Sanatinia, R., Tyrer, H., Cooper, S., Muller-Pollard, C.,...Weich, S. (2014). Preliminary studies of the ICD–11 classification of personality disorder in practice. *Personality and Mental Health, 8,* 254–263. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1002/pmh.1275

Tyrer, P., Reed, G.M., & Crawford, M.J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet, 385,* 717–726. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4

Widiger, T.A. (2011). The *DSM–5* dimensional model of personality disorder: Rationale and empirical support. *Journal of Personality Disorders, 25,* 222–234. http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.222

Widiger, T.A., & Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62,* 71–83. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71

World Health Organization. (1993). *ICD–10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice,* București, Editura Trei, 2016.

15

F60.3 Tulburarea de personalitate de tip borderline

Joyce P. Yang și Marsha M. Linehan

Tulburarea de personalitate de tip borderline (BPD[27]) este o tulburare gravă, caracterizată de un pattern pervaziv de reglare deficitară și instabilitate în toate domeniile de funcționare. Persoanele cu tulburare de personalitate de tip borderline au dificultăți în reglarea propriilor emoții și deseori manifestă comportamente suicidare și non-suicidare de autovătămare. Aproximativ 10% dintre persoanele cu tulburare de personalitate de tip borderline se sinucid (Linehan, Rizvi, Welch & Page, 2000). Se estimează că prevalența acestei tulburări în rândul populației generale este în jur de 1- 2%, ceea ce înseamnă că este una dintre cele mai des întâlnite tulburări de personalitate (Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007; Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001). În același timp, există ezitări din partea psihologilor privind oferirea de tratament clienților diagnosticați cu tulburare de personalitate de tip borderline, din cauza comportamentelor interpersonale dificile ale acestora, precum și a unui înalt potențial de risc.

---

[27] Borderline personality disorder. (N.t.)

Cazul

În calitate de psihoterapeut în cadrul unui echipe de terapie comportamentală dialectică (DBT), v-a fost trimisă o clientă în vârstă de 20 de ani, de origine asiatico-americană, recent externată dintr-o secție de psihiatrie după o tentativă de suicid prin supradoză de litiu. Clienta, pe nume Jenny, spune că tentativa a avut loc în timpul unei perioade foarte stresante, în special din pricina examenelor de final de sesiune la facultatea tehnică pe care o frecventează și a faptului că tatăl ei a fost recent diagnosticat cu cancer. Relatează că în ziua în care a încercat să se sinucidă, s-a simțit cuprinsă de o stare de agitație haotică și de dorința de a face orice pentru a scăpa de durerea pe care o simțea. A consumat o cantitate mare de alcool (de obicei nu bea) și a înghițit toate pastilele psihotrope pe care le-a găsit, însemnând o doză potențial letală de litiu. Afirmă că nu și-a planificat acest gest. Mai degrabă a acționat impulsiv în încercarea de a face orice pentru a scăpa de durere. Colega ei de cameră a găsit-o în baie și a sunat la serviciul de urgență. După ce a fost tratată la camera de gardă, a fost internată la secția de psihiatrie timp de două săptămâni, până când a fost externată fiind considerată stabilă. Jenny se prezintă la tratament spunând că de fapt voia să trăiască, dar că simțea în fiecare zi impulsul să-și pună capăt zilelor sau să-și facă rău, precum și o stare de intensă suferință emoțională (incluzând emoții precum rușinea, tristețea și lipsa de speranță, pe care cu greu le tolerează). Jenny a mai avut tentative de sinucidere în timpul liceului și după începerea facultății, ambele constând în ingerarea unor supradoze de medicamente. Fiecare tentativă a presupus o stare de ambivalență, Jenny simțind nevoia să scape, dar nu neapărat să moară; după cum spune ea însăși, „dacă s-ar întâmpla să mor ca să scap de suferință, ar fi OK". Afirmă că gândurile sale suicidare nu se trag dintr-o dorință de a muri, ci de a scăpa de durere. Are un întreg istoric de comportamente nonsuicidare de autovătămare, inclusiv încercări de a se tăia pe brațe și coapse. La începutul tratamentului, Jenny își ia angajamentul să încerce să rămână în viață timp de o lună pentru a da o șansă terapiei.

Pentru a monitoriza comportamentul suicidar al lui Jenny (vezi și capitolul 6 din acest volum), este imperios necesar să evaluați *letalitatea*, și anume gradul în care mijloacele de sinucidere la care are acces pot să ducă la deces (o armă de foc prezintă un grad înalt de letalitate; cinci pastile de Tylenol înseamnă un grad scăzut de letalitate etc.). Un alt factor important este reprezentat de *iminență*, și anume gradul de urgență al planului pus la punct de pacient (de exemplu, afirmația „Am de gând să fac acest lucru imediat după ședința de terapie" prezintă un grad ridicat de iminență, iar afirmația „Într-o bună zi s-ar putea să trec la fapte" prezintă un grad mai scăzut de iminență). De asemenea, este bine să evaluați *accesul la mijloace* pentru a vedea dacă pacientul poate duce la îndeplinire planul de suicid. De pildă, dacă pacientul intenționează să ia o supradoză de medicamente, dar nu are rețetă pentru ele și nu cunoaște pe nimeni care să-i poată da aceste pastile, înseamnă că nu are acces la mijlocul preferat de sinucidere. Însă dacă intenționează să se stranguleze cu o curea și are acasă un dulap plin de curele, înseamnă că are acces imediat la mijlocul de sinucidere. Totodată, pentru conceptualizarea funcției pe care o îndeplinește tentativa de sinucidere, este bine să vă lămuriți dacă pacientul vrea să moară, să scape, să tragă un semnal de alarmă cu privire la suferința sa ori să aibă acces la diverse tipuri de sprijin (de exemplu, sub forma internării în spital).

Când Jenny avea aproape cinci ani, a trecut de trei ori printr-o situație în care o mătușă a bruscat-o în timp ce îi curăța organele sexuale, i-a aplicat pedepse fizice și i-a adresat cuvinte urâte. Jenny are în prezent flashbackuri și amintiri ale acestor momente, asociate cu o intensă durere emoțională, precum și impulsuri suicidare și de autovătămare. Jenny relatează că i-a spus mamei ei despre aceste incidente, dar că mama sa nu a luat-o în serios și nici nu a întreprins nimic în acest sens. Își descrie relația cu părinții ca fiind caracterizată de inconstanță — nevoile de bază îi erau acoperite, însă emoțiile ei nu erau decât rar validate, mama ei spunându-i „să se descurce singură" sau reproșându-i că este prea „sensibilă" ori de câte ori Jenny se confrunta cu emoții negative.

Jenny are anxietate dispozițională[28] și o posibilă sensibilitate biologică la emoțiile negative. În special în momentele de vulnerabilitate (în perioade de stres ridicat, cu dureri menstruale etc.), Jenny tolerează cu greu emoții precum rușinea, tristețea sau furia îndreptată împotriva propriei persoane, apelând la comportamente dezadaptative precum punerea la cale a unui act suicidar sau de autovătămare sau prin vărsături ori purgații după ingerarea unor alimente. De mai mulți ani, Jenny se luptă cu comportamente de tipul subalimentării, urmată de supraalimentare și purgație. Ea are episoade impulsive de mâncat excesiv, urmat de vărsături, atunci când trece printr-o perioadă de suferință emoțională, ducând la trăirea ulterioară a unor sentimente de vinovăție și rușine, precum și la restricționarea alimentării în ziua de după, în încercarea de a compensa mâncatul excesiv și vărsăturile din ziua precedentă. După o zi de restricții alimentare, Jenny se trezește în mijlocul nopții pentru a consuma cantități excesive de mâncare din nou, într-o stare pe care o descrie ca fiind una de „ca de transă", de parcă nu ar fi trează sau conștientă de ce face.

---

[28] Anxietatea ca trăsătură (trait-anxiety), nu ca stare de moment, prin urmare, o anxietate pervazivă în viața persoanei. (N.t.)

Jenny se gândește mult la sinucidere, face planuri pentru cum să-și ia viața, ce mijloace letale să folosească și cum să facă rost de ele, ruminând despre ce înseamnă să fii mort. Se gândește la fel de intens și detaliat și la posibilitățile de autovătămare.

Jenny spune că, deși ține la părinții ei și se simte responsabilă pentru soarta lor, și-ar dori să aibă o relație mai consecventă cu ei. Afirmă că uneori se simte apropiată de ei, apoi total deconectată, apoi iar apropiată și tot așa, pe măsură ce alternează între gândul că părinții ar fi trebuit să o protejeze de experiența traumatică cu mătușa ei și gândul că totul a fost din vina ei, nu a părinților ei. La fel gândește și despre prietenii ei, ba se simte dezamăgită de ei, ba acceptă faptul că toți oamenii mai și greșesc. Vrea să evite o prea mare apropiere de oameni fiindcă se teme să nu o părăsească, însă își dorește cu ardoare relații apropiate cu cei din jur. Toate aceste gânduri contradictorii și instabilitatea dorințelor și identității de sine îi afectează viața în diverse feluri. Din cauza acestor valori instabile, spune că are în mod cronic un sentiment de vid interior și de neputință în gestionarea emoțiilor.

În timpul interviului, Jenny vă lasă impresia unei persoane foarte compliante. Este cooperantă, deschisă și pare să-și dorească sincer o viață de care să se bucure. Pare motivată să participe la tratament și să facă exercițiile pe care i le veți da. Cu toate acestea, vă temeți că începe să-și piardă speranța, iar suferința ei interioară și impulsurile suicidare și de autovătămare rămân la cote îngrijorătoare.

Evaluarea conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 15.1:

Ce alte teste ați mai vrea să faceți pentru a avea o imagine mai clară cu privire la Jenny? Asupra căror comportamente și atitudini vreți să vă concentrați atenția în timpul evaluării inițiale?

O evaluare minuțioasă și corectă este extrem de importantă pentru efectuarea cu succes a tratamentului. Majoritatea erorilor sau eșecurilor în terapie pot fi privite ca erori de evaluare. Dată fiind complexitatea cazului lui Jenny, realizați că evaluarea va fi un proces continuu, care se va suprapune cu o primă fază a tratamentului. Pentru a-i înțelege suferința emoțională și impulsurile de a se sinucide sau de a-și face rău, este nevoie de o clară și precisă *analiză a lanțurilor comportamentale*. Analiza lanțurilor comportamentale implică definirea comportamentului-țintă (comportamentul nedorit) și înțelegerea tuturor conexiunilor ce duc la declanșarea comportamentului, începând cu evenimentul declanșator. Întrucât Jenny nu a cedat în fața impulsurilor suicidare sau de autovătămare în ultimele săptămâni, comportamentul-țintă pe care vreți să-l înțelegeți este modul în care Jenny se gândește și concepe planuri de suicid și autovătămare. Analiza lanțurilor comportamentale a arătat următoarele conexiuni:

1. Factorii proximali de vulnerabilitate, care sunt factori din trecutul ei imediat, și anume evenimentele care au avut

loc în timpul zilei și care au făcut-o să fie vulnerabilă în fața emoțiilor puternice; aceștia includ durerile fizice, mai ales dureri menstruale. Factorii distali de vulnerabilitate, care sunt factori din trecutul mai îndepărtat care o fac să fie vulnerabilă, includ sensibilitatea biologică la stări emoționale și perioade de stres mai intens (sesiunile de examene, de exemplu).

2. Evenimentele declanșatoare includ toți factorii precipitanți care îi provoacă lui Jenny emoții intense de rușine, furie și tristețe, printre care se numără orice fel de stimuli legați de sex (de la contactul fizic întâmplător cu amici de-ai ei până la cuvinte și discuții legate de sex sau abuz sexual), factori stresori precum temele sau examenele de la facultate, precum și comportamentele de supraalimentare și purgație.
3. Conexiunile din cadrul lanțurilor comportamentale după ce a avut loc evenimentul declanșator sunt următoarele: (a) emoții intense, mai ales rușinea, furia și tristețea ce apar concomitent; (b) gândul că nu este bună de nimic, că este rea și dezgustătoare; (c) alte gânduri de tipul „Ar trebui să mă pedepsesc" sau „Vreau să se termine".
4. Toate acestea duc la comportamentul-țintă de ruminare cu privire la autovătămare sau suicid ca soluție pentru a scăpa din situația respectivă sau pentru a se pedepsi.
5. Consecințele ce mențin comportamentul-țintă constau în faptul că Jenny scapă temporar de emoțiile negative, întrucât plănuirea unui act suicidar sau de autovătămare servește această funcție de evadare din situație. Acest temporar sentiment de ușurare prin evitarea trăirii unor emoții negative duce la întărirea negativă a comportamentului-țintă, și anume, stimulul neplăcut este eliminat, iar senzația de ușurare o determină pe Jenny să repete comportamentul-țintă și în viitor. (Pentru mai multe informații despre acest proces, vezi Mowrer, 1947).
6. Deși comportamentul-țintă de planificare a unui suicid/act de autovătămare este întărit pe termen scurt, el provoacă suferință emoțională aproape imediat, întrucât Jenny va avea și mai multe emoții negative în urma faptului că se va gândi la suicid și autovătămare, perpetuând astfel un cerc vicios.

Diagnosticul conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 15.2:

Ce diagnostice sunt posibile în cazul lui Jenny, incluzând aici atât diagnosticul principal, cât și diagnosticele comorbide (pentru tulburări care apar simultan)? Ținând cont de numărul de simptome raportate de Jenny și de faptul că pot sugera mai multe potențiale diagnostice, de ce v-ați îndreptat atenția asupra anumitor diagnostice și nu asupra altora?

Din descrierea de până acum a cazului, este clar faptul că Jenny prezintă mai multe simptome psihologice ce îi cauzează o suferință subiectivă și întrunesc criteriile pentru o serie de tulburări. Principalele simptome raportate de Jenny sunt: (a) reglare emoțională deficitară pervazivă și progresivă, clienta trăind emoții puternice de tristețe, rușine, îngrijorare/anxietate și furie, emoții pe care nu reușește să le înțeleagă, să le tolereze și să le gestioneze și care îi afectează viața în toate domeniile ei; (b) plănuirea constantă a unor acte suicidare și de autovătămare; (c) sentimentul cronic de vid interior; (d) relații instabile și contradictorii cu familia și prietenii; (e) valori și dorințe neclare; (f) comportamente alimentare restrictive, de supraalimentare și de purgație.

Cartea albastră, manualul ce cuprinde descrierile clinice și îndreptarele diagnostice pentru tulburările mentale din *ICD-10*, precizează că se acordă întâietate fie diagnosticului care justifică acordarea de îngrijiri (adică simptomelor care au dus la actualul tratament), fie unui diagnostic ce acoperă „întreaga viață" a pacientului (un diagnostic care descrie mai bine problemele unui pacient în toate domeniile de funcționare; p. 12). Prin urmare, avem de decis între diagnosticul de tulburare depresivă majoră recurentă (F33.x), care se potrivește cu simptomatologia emoțională a lui Jenny (simptomele de la (a) la (e) descrise mai sus) și cel de tulburare de personalitate, pe baza simptomelor ei emoționale din perspectiva unui diagnostic ce se referă la experiența „întregii vieți" a pacientului.

Am putea începe conceptualizarea cazului de la puternicele emoții de rușine și tristețe indicate de Jenny și de la faptul că își face des planuri de suicid și autovătămare, ceea ce ar indica un diagnostic de tulburare depresivă majoră recurentă (F33.x). În același timp, mai are și simptome care se potrivesc mai bine unei tulburări de personalitate de tip borderline (F60.3), și anume trăiri negative intense de furie, sentimentul cronic de vid interior, relații instabile și contradictorii cu familia și prietenii, precum și valori și dorințe neclare. Dată fiind natura pervazivă a reglării emoționale deficitare în cazul lui Jenny, atipică pentru o tulburare depresivă majoră recurentă (F33.x, care este un diagnostic ce are în vedere mai mult durata simptomelor decât natura lor pervazivă), simptomele lui Jenny se potrivesc mai curând diagnosticului de lungă durată, și anume tulburare de personalitate de tip borderline (F60.3). La baza multora dintre comportamentele problematice ale lui Jenny, printre care faptul că își face planuri de suicid și de autovătămare, stă dificultatea de a tolera emoțiile negative puternice. Atunci când are trăiri negative intense, pe care crede că nu le poate tolera sau controla, simte că trebuie să scape neapărat de ele, drept pentru care se angrenează în comportamente distructive. Această reglare emoțională deficitară, element fundamental în situația lui Jenny, este problema-cheie în tulburarea de personalitate de tip borderline (F60.3). Nu uitați că natura pervazivă a reglării emoționale deficitare în tulburarea de personalitate de tip borderline (F60.3) înseamnă că și alte diagnostice și probleme comorbide legate de funcționarea persoanei se întâlnesc des. Conform studiilor, între 60% și 96% dintre pacienții cu tulburare de personalitate de tip borderline întrunesc criteriile și pentru o tulburare de dispoziție sau de anxietate (Grant și colab., 2008; Zanarini și colab., 1998).

Restricția alimentară, supraalimentarea și purgațiile sunt comportamente alimentare disfuncționale. Distincția dintre F50.0*x* (anorexie nervoasă) și F50.2 (bulimie nervoasă) ar putea fi mai greu de stabilit, întrucât în ambele tulburări apar comportamente de restricționare, supraalimentare și purgație. Însă, întrucât Jenny are o înălțime și greutate normale, fără amenoree, iar perioadele în care își restricționează alimentația urmează unor episoade de supraalimentare și purgație, este mai probabil un diagnostic de F502, bulimie nervoasă, ca diagnostic secundar. Prin urmare, diagnosticul principal este cel de tulburare de personalitate de tip borderline (F60.3), iar diagnosticul secundar este cel de bulimie nervoasă (F50.2).

Considerații etice — cum vă protejați pacientul

ACTIVITATEA 15.3:

Ce probleme etice speciale pot să apară în cazul unei persoane ce se prezintă cu o stare de suferință emoțională intensă și un istoric de tentative de autovătămare? Dată fiind complexitatea acestui caz, ce ați putea face dacă nu sunteți sigur care ar fi cel mai bun tratament pentru Jenny?

Competența în terapie este o modalitate deosebit de importantă prin care vă puteți proteja pacientul (*Principiile etice ale psihologilor și Codul de conduită* [Codul de etică al APA], Standardul 2.01, Limitele competenței; APA, 2017). Competența în terapie se definește în parte ca fiind măsura în care un terapeut poate oferi un tratament la un anumit standard (Fairburn & Cooper, 2011). O altă cerință esențială este ca tratamentul oferit să fie susținut empiric (Codul de etică al APA, Standardul 2.04; Bazele judecăților științifice și profesionale), dat fiind că numai tratamentele susținute empiric au, prin chiar definiția lor, un fundament empiric ce le atestă eficacitatea și eficiența. Terapia comportamentală dialectică beneficiază de cel mai puternic suport empiric dintre toate tratamentele pentru tulburarea de personalitate de tip borderline, iar în momentul actual este considerată a fi tratamentul de elecție pentru această tulburare (Neacsiu & Linehan, 2014).

Unul dintre principalele motive pentru care specialiștii în sănătate mentală evită să lucreze cu pacienții ce suferă de tulburare de personalitate borderline este temerea că nu vor gestiona cum trebuie riscul de suicid (Neacsiu & Linehan, 2014). În cazul în care un psiholog are competența de a trata pacienți suicidari, dar alege să nu facă acest lucru din cauza potențialelor complicații sau riscuri asociate, ar trebui să revedem principiul echității din Codul de etică al APA (Principiul D). Întrucât principiul D (Echitatea) spune că toate persoanele trebuie să aibă acces la contribuțiile aduse de domeniul psihologiei și să beneficieze de acestea, ar trebui să ne gândim dacă nu cumva e necesară o examinare a prejudecăților psihologilor împotriva pacienților suicidari și a modului în care acestea, dacă sunt prezente, interferează cu principiile etice care guvernează profesia de psiholog. În aceeași măsură, dacă devine evident că pacientul nu mai beneficiază de pe urma tratamentului, conform Codului de etică al APA, Standardul 10.10, Terminarea terapiei, trebuie să fie luate în calcul și alte opțiuni, după cum se întâmplă în cazul oricăror forme de psihoterapie.

O trăsătură proprie terapiei comportamentale dialectice este faptul că se lucrează în echipă, aceasta cuprinzând toți clinicienii care lucrează în clinica respectivă oferind servicii de tratament. În aceste echipe intră terapeuții principali, precum și liderii de grupuri dedicate abilităților, oferindu-și sprijin reciproc pentru a-și păstra motivația de a pune în aplicare un tratament eficient și de a contribui la îmbogățirea reciprocă a abilităților clinice. Terapia comportamentală dialectică făcută ca la carte implică și „terapie pentru terapeuți" (Linehan, 1993, 2014), cu scopul de a spori aderența terapeuților la tratament și de a reduce burnout-ul. Este important să fie obținut consimțământul informat al pacientului înainte de intrarea în terapia comportamentală dialectică, cu recunoașterea faptului că toți membrii echipei, nu doar terapeutul individual, trebuie să respecte principiul confidențialității. Se face această precizare atât pentru a crește încrederea că psihologul clinician va fi sprijinit pe parcursul terapiei și că va fi responsabil pentru modul în care se va desfășura tratamentul, cât și pentru a oferi pacientului toate informațiile necesare în legătură cu tratamentul.

Managementul riscurilor — cum vă protejați pacientul, cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 15.4:

Ce riscuri anticipați în lucrul cu Jenny? Cum vă puteți proteja pe dumneavoastră și pe clientul dumneavoastră în cazul în care deveniți anxios și copleșit de situație?

După cum am spus în discuția de mai sus privind etica protejării pacientului, principalul factor de protecție pentru un terapeut este oferirea cu acuratețe a unui tratament bazat pe dovezi (Codul de etică al APA, Principiul B: Acuratețe și responsabilitate). Un terapeut competent în terapia comportamentală dialectică, ca parte dintr-o echipă de consultanță, are la îndemână cele mai cunoscute instrumente de terapie create până în prezent. Aplicarea tratamentului ce se bucură de cea mai puternică susținere empirică este metoda cea mai potrivită din punct de vedere științific pentru a aborda diagnosticul clientului, ajutându-l, totodată, pe terapeut să se protejeze el însuși de riscurile asociate.

Terapia comportamentală dialectică presupune ca terapeuții să facă parte dintr-o echipă de consultare, ce oferă sprijin și îndrumare pentru terapeut, în condițiile în care se știe că tratamentul pentru tulburarea de personalitate de tip borderline presupune mult stres, iar aderarea la cadrul terapeutic poate fi dificilă. Echipa există pentru a-l ajuta pe terapeut să urmeze îndeaproape principiile terapiei comportamentale dialectice și astfel pentru a-l ajuta să ofere cel mai bun tratament posibil.

O altă metodă esențială de gestionare a riscurilor este consemnarea în detaliu a procesului terapeutic, inclusiv precizarea strategiei care a fost folosită, bazate pe dovezi și a motivului alegerii acesteia. De fiecare dată când este cazul, trebuie să aibă loc o evaluare detaliată a riscului de suicid (vezi Linehan, 2009) și trebuie consemnată în dosarul cazului. Consemnarea clară și minuțioasă a interacțiunii clinice este una dintre cele mai bune modalități de a vă proteja.

În fine, este important să vă respectați propriile limite (Codul de etică al APA, Standardul 2.06, Probleme și conflicte personale) în terapie, astfel încât să nu ajungeți într-o stare de burnout — și de încălcare a eticii profesionale. În cadrul terapiei comportamentale dialectice se ține cont de comportamentele terapeutului care interferează cu terapia. Printre acestea se numără anxietatea sau reacțiile dumneavoastră emoționale care ar putea să vă afecteze capacitatea de a acționa în interesul clientului; prin explorarea acestor reacții veți putea să-i oferiți pacientului cel mai bun tratament de care sunteți capabil, iar acest lucru vă va oferi cea mai bună protecție atât dumneavoastră, cât și clientului dumneavoastră. Un alt rol important al echipei este de a-i ajuta pe terapeuți să treacă de burnout prin munca în echipă, supervizare de grup și ocazii de a practica abilitățile de mindfulness (Perseius, Kåver, Ekdahl, Asberg, & Samuelsson, 2007; Shapiro, Brown & Biegel, 2007).

Concluzii

ACTIVITATEA 15.5:

Speranțele de viitor ale lui Jenny scad pe măsură ce ea continuă să se lupte cu o intensă suferință emoțională și stare de depresie. Ce ați putea face pentru a o ajuta pe Jenny să se descurce cu propriile emoții și să evite comportamentele de autovătămare?

Alegerea tratamentului cu cea mai bună fundamentare științifică este un element extrem de important în privința siguranței și eticii protejării pacientului. La fel de importantă este și obligația etică de a pune binele pacientului pe primul plan și de a nu-i face rău (Codul de etică al APA, Principiul A: Primordialitatea binelui și evitarea vătămării pacientului). Dumneavoastră o tratați pe Jenny de patru luni folosind terapia comportamentală dialectică (pentru mai multe detalii despre acest tip de tratament, vezi Linehan, 1993, 2014; pentru studii de eficacitate, vezi Barnicot și colab., 2012; Linehan și colab., 2006; Linehan, Heard & Armstrong, 1993; Mehlum și colab., 2014; Turner, 2000).

Prioritatea este tratarea comportamentelor ce pun în pericol viața pacientei, recurgându-se, în acest scop, la folosirea unor protocoale clare de gestionare a riscului de suicid. De asemenea, o veți încuraja pe Jenny să folosească linia verde ce face parte din tratament, pentru a beneficia de intervenția în caz de criză și de generalizarea abilităților între ședințele de tratament.

Împreună cu Jenny, ați formulat următoarele scopuri pentru terapie:

1. Jenny va rămâne în viață și se va abține de la comportamente non-suicidare de autovătămare.
2. Veți aborda comportamentele care interferează cu calitatea vieții: depresie, supraalimentare/purgație, gestionarea mai eficientă a stresului.
3. Veți consolida relațiile lui Jenny cu prietenii și părinții săi, ceea ce înseamnă, din punct de vedere operațional, o mai mare stabilitate, pentru ca Jenny să simtă că este mereu conectată cu ei în loc să treacă de la o stare de conectare la una de deconectare.

Lună de lună, Jenny își reînnoiește angajamentul de a rămâne în viață. Continuă să se lupte săptămânal cu un puternic impuls de a-și lua viața sau de a-și face rău; apelând la coachingul de criză prin consultații telefonice și la abilitățile de tolerare a stării de distres, Jenny nu a dat curs impulsurilor până acum. În același timp, însă, se simte din ce în ce mai fără speranță, simțind că trebuie să ducă o luptă teribilă în fiecare zi pentru a rămâne în viață și a nu renunța la angajamentul din terapie. Din cauza riscului crescut de suicid și autovătămare prezentat de Jenny, majoritatea ședințelor și apelurilor telefonice sunt dedicate efortului de a o face să rămână în viață. Colaborați constant cu Jenny în terapie pentru a înlătura mijloacele prin care ar putea să-și ia viața, pentru a genera planuri de criză, a surmonta bariere, a genera un climat de speranță, a reînnoi angajamentul în terapie și a învăța abilități de distragere a atenției pentru a putea trece peste momentele de criză, însă succesul este doar parțial.

Membrii echipei de terapie aduc perspective noi, înțelegând cazul lui Jenny în felul următor: există mulți factori declanșatori care o pun pe Jenny în situația de a trăi emoții negative (de exemplu, tristețe); din cauza incapacității de a tolera emoțiile negative, Jenny apelează la comportamente de evitare cum ar fi supraalimentarea și purgația, precum și alcătuirea de planuri de suicid sau autovătămare. Însă aceleași comportamente destinate evitării emoțiilor negative dau naștere unor emoții negative și mai intense (rușine, sentimentul lipsei de valoare etc.), creând un cerc vicios. Membrii echipei dumneavoastră propun ipoteza conform căreia dumneavoastră ați făcut o greșeală pe care o fac mulți terapeuți, mai ales când sunt îngrijorați de riscul de suicid — și anume, luptându-vă ca pacienta să rămână în viață (scopul numărul unu), ați confundat obiectivul cu traseul ce duce la îndeplinirea obiectivului. Și anume, ați ales să o ajutați pe Jenny să rămână în viață abținându-se de la suicid mai curând decât să-și construiască o viață pe care să vrea să o trăiască. În consecință, terapia de până acum s-a concentrat exclusiv asupra inhibării comportamentelor suicidare și de autovătămare, iar majoritatea ședințelor și apelurilor telefonice au fost petrecute vorbind despre suicid și planificarea în caz de criză. Cu alte cuvinte, v-ați concentrat eforturile asupra păstrării clientului în viață mai curând decât asupra abordării problemei-cheie, și anume ce ar trebui să se schimbe în viața ei pentru ca Jenny să vrea să trăiască.

Deși până acum v-ați concentrat asupra inhibării comportamentelor suicidare și de autovătămare, echipa de consultare vă sugerează să scăpați din acest cerc vicios prin inhibarea comportamentului însuși de *alcătuire de planuri*. Colegii dumneavoastră observă că Jenny își formulează toate aceste planuri ca o modalitate de evadare, iar fiecare repetare a unui comportament duce la solidificarea sa ca mecanism de coping în paleta comportamentelor lui Jenny. Și, într-adevăr, este întărită astfel tendința de a sta cu gândul la suicid, întrucât procesul de gândire în sine poate aduce adesea o eliberare pe termen scurt (Brown, Comtois & Linehan, 2002), lucru care duce la accentuarea ideației suicidare cu timpul și la o suferință și mai mare.

Consultările din cadrul echipei vă sunt extrem de utile, dacă vă gândiți în termeni de condiționare operantă (Skinner, 1976). Este important să înțelegeți că folosirea abilităților de tolerare a suferinței *înainte* de ideația suicidară, pentru ca Jenny să nu se mai angajeze din nou în alcătuirea de planuri, o ajută să iasă din cercul vicios, care, altfel, de fiecare dată este întărit negativ. Nu uitați că întărirea negativă a ideației suicidare apare în cazul multor clienți, întrucât gândul la sinucidere oferă un răgaz temporar de la emoțiile negative insuportabile (prin eliminarea unui stimul aversiv) (Mowrer, 1947). Cu alte cuvinte, este bine să vă încurajați clientul să reducă timpul petrecut făcându-și planuri de suicid. Totodată, un alt scop important în terapia clienților cu tulburare de personalitate de tip borderline, este introducerea practicii mindfulness, de conștiință deplină asupra emoțiilor curente (Linehan, 1993) și să insistați și asupra altor abilități de reglare emoțională, pentru a crește capacitatea de trăire și tolerare a emoțiilor negative, fără a mai simți impulsul de a scăpa de ele.

Referințe bibliografice

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie

2010 și pe 1 ianuarie 2017). Accesat la http://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf

Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearns, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*, 400–412. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.004

Brown, M.Z., Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 198–202. http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.198

Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy, 49*(6–7), 373–378. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005

Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D.,... Ruan, W.J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of *DSM–IV* borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 533–545. http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0404

Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., & Kessler, R.C. (2007). *DSM–IV* personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry, 62*, 553–564. http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive–behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Linehan, M.M. (2009). *The University of Washington risk assessment and management protocol: UWRAMP*. Unpublished manuscript, University of Washington. http://depts.washington.edu/brtc/files/UWRAMP.pdf

Linehan, M.M. (2014). *DBT skills training manual*. New York, NY: Guilford Press.

Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H. L., Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and followup of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*, 757–766. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757

Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 50*, 971–974. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007

Linehan, M.M., Rizvi, S.L., Welch, S S., & Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behavior: Personality disorders. În K. Hawton & K. van Heeringen (coord.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 147–178). http://dx.doi.org/10.1002/9780470698976.ch10

Mehlum, L., Tørmoen, A.J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., Laberg, S.,... Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*, 1082–1091. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003

Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning: A re-interpretation of „conditioning" and „problem solving." *Harvard Educational Review, 17,* 102–148.

Neacsiu, A.D., & Linehan, M.M. (2014). Borderline personality disorder. În D. Barlow (coord.), *Clinical handbook of psychological disorders* (5th ed.; pp. 491–507). New York, NY: Guilford Press.

Perseius, K.I., Kåver, A., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2007). Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14,* 635–643. http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01146.x

Shapiro, S.L., Brown, K.W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1,* 105–115. http://dx.doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105

Skinner, B F. (1976). *About behaviorism.* New York, NY: Random House.

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58,* 590–596. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590

Turner, R.M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 7,* 413–419. http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80052-8

World Health Organization. (1993). *ICD–10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndrumări diagnostice, București, Editura Trei, 2016..*

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 155,* 1733–1739. http://dx.doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733

F90.0 Tulburarea activității și atenției

Beth Limberg, Raquel M. Peña, Brooke Davidson și Christina B. Yeagley

Tulburarea activității și atenției[29] (ADHD) reprezintă o tulburare a copilăriei ce este frecvent diagnosticată în mod greșit; astfel, este supradiagnosticată în cazul băieților ca explicație pentru un comportament mai activ sau chiar disruptiv la școală, și subdiagnosticată în cazul fetelor, la care visarea cu ochii deschiși în timpul orelor poate fi un simptom de ADHD. Conform rezultatelor unui sondaj național cu privire la starea de sănătate a copiilor[30], derulat pe baza răspunsurilor date de părinți la un chestionar, 1 din 11 copii de vârstă școlară din SUA a fost diagnosticat cu ADHD înainte de 2011. Dintre elevii de liceu, 1 din 5 băieți și 1 din 11 fete au fost diagnosticați cu ADHD. În medie, rata de prevalență pentru ADHD a crescut cu aproximativ 5% pe an (Visser și colab., 2014).

În ICD-10-CM (Organizația Mondială a Sănătății, 1993) sunt identificate următoarele forme de ADHD: (a) predominant cu deficit de atenție (F90.0); (b) predominant cu hiperactivitate (F90.1), și (c) tipul combinat (F90.2). În ICD-10-CM se precizează și tipurile Alte tulburări hiperkinetice (F90.8) și Fără specificații (F90.9) pentru prezentările mai atipice. Toate subtipurile au în comun dificultățile de concentrare și de atenție, dificultăți în funcționarea executivă (probleme cu planificarea activităților și împărțirea pe etape, abilități slabe de organizare etc.) și reglare emoțională (slabă toleranță la frustrare, reactivitate emoțională; Barkley, 2014). Diferențele între subtipuri sunt nuanțate. Formele de ADHD cu hiperactivitate și cu deficit de atenție diferă între ele cu privire la afecțiunile comorbide, răspunsul la medicație și problemele neurobiologice ce stau la baza tulburării (Diamond, 2005). Diferențe există și între tipul predominant cu deficit de atenție și cel combinat, în funcție de tipul de deficit de atenție, prevalența pe sexe, evoluție, pattern de comorbiditate, răspuns la tratamentul farmacologic și manifestările comportamentale ale funcționării executive (Capdevila-Brophy și colab., 2014). De pildă, principalele deficite cognitive asociate cu tipul predominant inactiv includ o slabă memorie de lucru, timpi de reacție sau de procesare mai lenți (Diamond, 2005) și neatenția posibil datorată unui stil cognitiv încet sau inhibat, spre deosebire de ușurința cu care persoana este distrasă de stimuli externi, în cazul tipului combinat (Capdevila-Brophy et al., 2014). Pe de altă parte, în caz de hiperactivitate există un deficit la nivelul capacității de inhibiție a reacției, manifestat prin comportamente hiperactive și impulsive (Diamond, 2005).

Sunt semnificative diferențele între sexe cu privire la ADHD. În vreme ce băieții cu ADHD prezintă un risc crescut de probleme comportamentale, fetele au simptome cu un potențial disruptiv mai puțin vizibil, cum ar fi tendința de a uita, dezorganizarea, stima de sine scăzută și anxietatea. Este posibil ca, din cauza stereotipurilor de gen („fetele visează cu ochii deschiși") și a simptomatologiei caracterizate de lipsa de atenție (mai degrabă decât de hiperactivitate), ADHD-ul să fie mai rar diagnosticat la fetele sau să fie diagnosticat mai târziu decât la băieți, deși debutează la aceeași vârstă. Simptomele de ADHD tind să se agraveze la fete în timpul adolescenței, când duc de obicei la deteriorări ale funcționării, printre care deficite în plan școlar, depresie, tulburări ale instinctului alimentar și adicții. De multe ori, aceste tulburări comorbide sunt diagnosticate la fete înainte de a primi diagnosticul de ADHD, întrucât simptomatologia ADHD-ului la fete este mai puțin evidentă (pentru mai multe informații despre diferențele de gen, vezi Berkley, 2014; Nussbaum, 2012).

---

[29] ADHD, mai este cunoscută sub denumirea din DSM, tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate. (N. red.)

[30] National Survey of Children's Health. (N.t.)

Conform cercetărilor la zi, ADHD-ul este o tulburare cu un puternic caracter ereditar (Rende, 2014). Înțelegerea ADHD-ului ca având componente genetice sau biologice se reflectă în modul în care este evaluat, și anume, evaluăm simptomele în mai multe contexte și intervale de timp. Cu toate acestea, este vorba și de interacțiunile complexe dintre gene și mediu. Faptul că mediul contribuie la evoluția și simptomatologia ADHD-ului se reflectă în evaluarea și tratamentul specific pentru ADHD.

Cazul

Alex este elev în clasa a IV-a, vorbește două limbi și are o origine biculturală, trăind într-o comunitate marcată de diversitate culturală și lingvistică. V-a fost trimis pentru evaluare de către profesorul său, potrivit căruia Alex „nu evoluează pe cât de bine ar putea". Deși Alex a avut o medie rezonabilă în clasa a III-a, el se chinuie acum să țină pasul cu colegii săi, mai ales la matematică și citire. Profesorul spune că Alex se mișcă întruna, este impulsiv și reactiv emoțional. Este dificil să-i fie redirecționată atenția, „invadează" spațiul colegilor și profesorilor săi, iar uneori poate fi perceput ca fiind opoziționist. Alex „tărăgănează" uneori, mai ales când trebuie să treacă de la o activitate la alta. Alex preferă să se joace cu copii de vârstă mai mică decât el, ori de câte ori are ocazia. În ciua problemelor sale comportamentale și școlare, profesorii îl plac pe Alex, spunând deseori despre el că „are potential".

Alex este al doilea născut într-o familie cu trei copii. În vârstă de 35 de ani, tatăl său, Santiago, este de origine mexicano-americană și este om de afaceri, iar mama sa, Janice, are 34 de ani, cu rădăcini germano-irlandeze, și este manager al unui magazin. Ambii părinți lucrează cu normă întreagă în afara casei. Din cauza slujbei, Santiago pleacă uneori în călătorii de afaceri ce durează 2-3 zile, discutând pe Skype cu familia în fiecare seară. Părinții au un statut social tipic clasei de mjloc, cu un venit „suficient" și acces la resurse educaționale, medicale, religioase și recreaționale. Ambii părinți au frecventat cursuri universitare, dar nu au terminat facultatea, completându-și studiile cu formări de tip vocațional. Sunt căsătoriți de 13 ani și toți cei trei copii sunt copiii lor biologici. Ambii părinți se preocupă de binele și succesul copiilor lor.

Conform părinților, nu există în familie un istoric de tulburări mentale sau dizabilități de învătare diagnosticate, deși atât părinții, cât și una dintre mătuși au fost oarecum dezinteresați de școală în copilărie. Cu toate acestea, ambii părinți sunt de acord că educația este importantă pentru viitorul copiilor lor și spun că inițial au crezut că Alex e mai energic, mai neatent și mai „împiedicat" în societate fiindcă așa sunt băieții.

Janice și Santiago spun că Alex a avut o dezvoltate tipică și că nu a avut probleme medicale deosebite, cu excepția câtorva infecții la ureche (H65.0*x*) când era mai mic. Afirmă că Alex a fost mereu un copil mai neastâmpărat, iar uneori ajungeau să fie exasperați de accesele lui de furie. În contrapondere, însă, apreciau entuziasmul său, așa încât nu-și făceau prea multe griji. Înainte de a intra la școală, Alex a mers la o grădiniță aproape de casă, unde învățătoarele îl descriau ca fiind „plin de energie", „un băiat tipic" și „destul de zvăpăiat".

Punctele forte ale familiei includ relațiile suportive și afectuoase între părinți și copii, resurse adecvate, precum și relații bune și utile cu familia extinsă. Alex spune că este bun la fotbal (părinții confirmă acest lucru) și că unul dintre prietenii săi cei mai buni face și el parte din echipă. Îi plac disciplinele științifice la școală, deși se descurcă mai greu cu luatul notițelor la oră.

Evaluare conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 16.1:

Având în vedere problemele semnalate, ce alte strategii de evaluare ați vrea să folosiți pentru a stabili un diagnostic? Cum ați face diferența între ADHD și alte tulburări posibile, dat fiind că unele simptome se suprapun?

ADHD-ul este mai greu de diagnosticat decât suntem tentați să credem. Potrivit listei de simptome comportamentale, un copil care se mișcă constant, este hipermotric, neatent sau ușor de distras are ADHD, deși aceste simptome pot să aibă multe alte cauze. O altă complicație este dată de faptul că ADHD-ul are multe afecțiuni comorbide, mai ales la nivelul tulburărilor de neurodezvoltare. Este necesar să investigați cu multă atenție simptomele, variabilele situaționale și experiențele de viață ale copilului pentru a identifica corect originea comportamentelor (vezi Barkley, 2014, pentru o privire în detaliu asupra dificultăților de diagnosticare). Evaluarea ar trebui să fie făcută dintr-o perspectivă multimodală și multidisciplinară, în care interviul clinic va fi esențial pentru acuratețea evaluării și diagnosticului. Pentru metode de interviu structurat în cazuri de ADHD, consultați Barkley (2014). Barkley recomandă folosirea unor liste de tip inventar care să acopere un spectru mai larg de simptome, astfel încât să țină cont de simptomele ce se suprapun și de tulburările comorbide, mai degrabă decât un inventar doar pentru ADHD (Behavior Assessment System for Children—2 [BASC–2; Reynolds & Kamphaus, 2015]; Child Behavior Checklist [CBCL; Achenbach, 2001]).

Diagnosticul conform ICD-10-CM

ACTIVITATEA 16.2:

Ce potențiale diagnostice s-ar potrivi în cazul descris mai sus? De ce ați exclude alte tulburări ca diagnostic principal? Cum ați integra informațiile primite de la părinții și profesorii lui Alex în diagnosticul stabilit? Ați mai vrea să vă consultați și cu alte persoane pentru a afla mai multe informații?

TULBURAREA DE PROCESARE SENZORIALĂ

Deși tulburarea de procesare senzorială (SPD[31]) nu este bine descrisă în ICD-10-CM, este totuși o tulburare de care trebuie să țineți seama în procesul de diagnosticare a unui caz de ADHD. În literatura de specialitate (Postert, Averbeck-Holocher, Achtergarde, Müller & Furniss, 2012; Yochman, Alon-Beery, Sribman & Parush, 2013), SPD se caracterizează prin dificultățile de recunoaștere, reglare și interpretare a stimulilor senzoriali la un nivel ce afectează sever capacitatea copilului de a participa la activitățile zilnice. Copiii cu dificultăți de procesare senzorială au diverse simptome, dintre care unele se aseamănă cu simptomele de ADHD, printre care dificultatea de a adormi sau de a-și continua somnul, un nivel înalt de energie, slabe granițe ale spațiului personal și slab control al impulsurilor. Un copil care răspunde slab la stimulii senzoriali poate părea neatent. Un copil care răspunde puternic la stimulii senzoriali poate părea hiperactiv.

Cercetările arată că, în ciuda similarităților din prezentarea clinică, SPD și ADHD sunt tulburări distincte, cu un tablou al simptomelor diferit (Yochman și colab., 2013). De pildă, dificultățile de urmare a unei rutine de îngrijire personală observate la copiii cu SPD sunt de multe ori rezultatul incapacității de a face acțiunile necesare sau al suferinței resimțite cu această ocazie, în vreme ce pentru copiii cu ADHD este vorba de probleme de organizare sau de faptul că atenția le este distrasă imediat. Chiar mai complicat este faptul că ADHD-ul și SPD-ul prezintă un grad mare de comorbiditate, unele studii susținând că până la 50% dintre copiii cu ADHD prezintă comportamente ce au legătură cu problemele de procesare senzorială (Yochman și colab., 2013).

---

[31] Sensory processing disorder. (N.t.)

După cum am precizat, SPD nu beneficiază de o descriere adecvată în ICD-10-CM, care se ocupă de categorii mari de diagnostic. Alte tulburări ale dezvoltării psihologice (F88) pot fi folosite în loc de SPD, însă dacă folosiți acest cod, trebuie să specificați dacă există întârzieri în dezvoltare. Întrucât SPD poate avea o etiologie multiplă, este mai bine să folosiți diagnostice care reflectă o etiologie specifică. Într-un caz cu simptome de SPD va trebui să găsiți corespondențele specifice cu diverse variante de diagnostic din ICD-10-CM. Va trebui să lucrați îndeaproape cu echipa medicală ce se ocupă de copil, cu medicul de familie, cu terapeutul ocupațional, cu logopedul și, eventual, cu neuropsihologul, pentru a stabili codul din ICD-10-CM care reflectă cel mai bine problemele de procesare senzorială de care suferă copilul.

TULBURĂRI PERVAZIVE DE DEZVOLTARE (F84.*x*)

Tulburările pervazive de dezvoltare se caracterizează prin deteriorări în următoarele trei domenii majore: (a) funcționarea socială; (b) comunicare; și (c) comportamente repetitive/restrictive. Copiii cu tulburări pervazive de dezvoltare au probleme de funcționare executivă, ce pot cauza dificultăți de concentrare a atenției. Totodată, este posibil să existe un răspuns fie prea puternic, fie prea slab la stimularea senzorială, ceea ce ar putea conduce la comportamente impulsive. Problemele de procesare a limbajului și de comunicare, prezente în multe dintre cazuri, duc la impresia că acești copii se țin la distanță de ceilalți și interferează cu abilitatea de a urma indicațiile celorlalți, la fel cum se întâmplă cu starea de „neatenție" în situația copiilor cu ADHD, tipul cu deficit de atenție. Problemele la nivelul funcționării sociale (dificultatea de a înțelege semnalele sociale, de a respecta regulile sociale și de a relaționa cu copii de aceeași vârstă etc.) se manifestă în mod similar la copiii cu ADHD și la copiii cu tulburări pervazive de dezvoltare. Totuși, problemele din sfera socială și întârzierile în dezvoltare ale celor din urmă reprezintă un criteriu major de diagnosticare a tulburărilor pervazive de dezvoltare, în vreme ce dificultățile în funcționarea socială nu sunt întotdeauna semnificative, avâd un rol secundar în diagnosticul de ADHD. În fine, un copil cu tulburare pervazivă de dezvoltare poate prezenta comportamente stereotipe/repetitive, ceea ce se întâmplă mai rar la copiii cu ADHD.

TULBURĂRI ALE LIMBAJULUI RECEPTIV (F80.2) ȘI EXPRESIV (F80.1)

Tulburările limbajului receptiv sunt diagnosticate atunci când abilitatea unui copil de a înțelege (recepta) limbajul scade sub ceea ce este de așteptat pentru nivelul de dezvoltare corespunzător vârstei. Tulburările limbajului expresiv se caracterizează prin dificultăți de exprimare prin cuvinte a gândurilor și sentimentelor, în ciuda abilităților normale de înțelegere a limbajului. Atunci când există dificultăți de limbaj receptiv, copiii manifestă probleme comportamentale similare cu cele de ADHD, de exemplu, nu reușesc să urmeze instrucțiunile primite (în acest caz, mai curând din cauza procesării lingvistice mai lente sau a problemelor de înțelegere a limbajului decât din cauza problemelor cu memoria de lucru sau funcția executivă). Copilului cu tulburare de limbaj receptiv îi vine uneori mai greu să stea liniștit la oră, fiindcă procesează mai greu instrucțiunile verbale, în vreme ce un copil cu ADHD tinde să nu stea locului ca urmare a dezinhibiției comportamentale.

Atât copiii cu tulburare de limbaj receptiv, cât și copiii cu tulburare de limbaj expresiv pot să pară impulsivi întrucât nu au limbajul necesar pentru a comunica cu ceilalți. Comportamentele ce sunt similare cu cele ale copiilor cu ADHD sunt datorate cel mai probabil dezinhibiției comportamentale sau dificultăților de planificare.

TULBURAREA SPECIFICĂ A CITITULUI (F81.0)

Deși dificultățile de citire nu sunt considerate a fi un tip de deficit primar în ADHD, mulți copii cu ADHD întâmpină dificultăți la nivel de înțelegere a limbajului scris și vorbit (Flake, Lorch & Milich, 2007; Flory și colab., 2006), însă știm puțin despre natura acestor dificultăți (Miller și colab., 2013). Întrucât ADHD-ul este asociat cu un deficit al memoriei de lucru (Capdevila-Brophy și colab., 2014), se presupune că dificultățile de comprehensiune la copiii cu ADHD se leagă de inabilitatea de a reține idei prezentate anterior și a le integra cu noile idei. Copiii cu ADHD ajung să dedice un volum enorm de resurse cognitive menținerii atenției și în acest fel au mai puține resurse cognitive pentru sarcinile de comprehensiune, cum ar fi legarea ideilor între ele și formarea unei idei coerente despre o poveste (Miller și colab. 2014). ADHD-ul și tulburările cititului sunt adesea comorbide, ambele având posibile influențe genetice comune (Rende, 2014).

DEPRESIA (F32.*x*–F34.*x*)

La copii, simptomele depresive se pot confunda cu unele simptome de ADHD. O dispoziție depresivă se poate manifesta ca reactivitate emoțională și iritabilitate (Blackman, Ostrander & Herman, 2005). Modificările psihomotorii (mai ales agitația), modificările la nivelul masei corporale sau al somnului, precum și scăderea abilității de concentrare sau gândire pot, de asemenea, să pară similare unor simptome de ADHD. Depresia poate contribui, de asemenea, la instalarea unei anumite detașări a copilului față de lumea externă, ce poate fi confundată cu distractibilitatea sau tendința de a fi cu gândul în altă parte caracteristice pentru ADHD. Depresia poate debuta la orice vârstă, dar mai cu seamă după pubertate, manifestându-se de obicei într-un tipar ciclic, cu perioade mai bune urmate de perioade în care simptomele se înrăutățesc. ADHD-ul, pe de altă parte, tinde să apară în primii ani de școală și să fie mai constant de-a lungul timpului și în mai multe contexte.

Este important să nu uităm de afecțiunile comorbide. Conform lui Daviss (2008), depresia se manifestă la copiii cu ADHD în procent semnificativ mai mare decât la cei fără ADHD. Mai mult, copiii care au atât ADHD, cât și depresie au un risc mai mare de deteriorare pe termen lung și de suicid decât copiii care au doar una dintre aceste tulburări.

ANXIETATEA (F41.*x*)

Tulburările anxioase la copii pot, de asemenea, să fie confundate cu ADHD-ul. Problemele de concentrare a atenției, de impulsivitate și autocontrol și hiperactivitatea par, la o primă privire, să corespundă ADHD-ului. Însă pentru copiii cu tulburări anxioase aceste simptome sunt de obicei manifestări comportamentale ale stărilor de tensiune, îngrijorare și frică pe care le trăiesc. Deseori, anxietatea la copii este acompaniată de o intensificarea a răspunsului de luptă-sau-fugă, de simptome fizice cum ar fi tensiunea musculară, durerile de stomac, durerile de cap, greața și vărsăturile. În fine, simptomele anxioase se dezvoltă (sau se înrăutățesc) după apariția unui factor stresor semnificativ (moartea unei rude sau a unui animal de companie, mutarea la o altă școală, dezacorduri parentale sau în familie, schimbarea recentă a domiciliului etc.). Ca și în cazul depresiei, influența genetică în tulburările anxioase este vizibilă prin prisma istoricului de tulburări de dispoziție sau anxioase pe linie familială.

STRES SEVER (F43.*x*)

Trauma poate avea simptome similare cu cele de ADHD, însă procesele cognitive din spatele acestor simptome țin de experiențele traumatice ale copilului și apar după un eveniment traumatic. De pildă, copiii care s-au confruntat cu un stres sever pot să pară reactivi emoționali din cauza hipervigilenței sau ușor distrași întrucât tocmai sunt asaltați de gânduri intruzive și supărătoare. Dificultatea de a se concentra pe sarcină sau de a fi organizat, la fel precum impulsivitatea, poate, de asemenea, să reflecte un răspuns posttraumatic.

Diferențierea între ADHD și traumă este îngreunată de ratele mari de comorbiditate (Academia Pediatrilor Americani [AAP], 2014). Brown și colaboratorii săi (2017) au analizat relația dintre ADHD și experiențele adverse din copilărie, inclusiv sărăcia, divorțul sau moartea unui părinte sau tutore, violența în familie, abuzul de substanțe din partea unui părinte sau încarcerarea unui părinte, boli mentale în rândul rudelor, precum și discriminare, și au descoperit că 17% dintre copiii diagnosticați cu ADHD avuseseră patru sau mai multe experiențe adverse în copilărie, comparative cu 6% dintre copiii fără ADHD.

Când realizați interviul cu copilul și tutorele său, trebuie să ascultați pentru a prinde ceea ce nu este spus, întrucât părinții uneori nu asociază comportamentul copilului lor cu trauma, cum ar fi lipsa siguranței hranei sau violența din comunitate, sau nu vor să o recunoască, după cum se întâmplă în cazurile de abuz sexual.

TULBURAREA OPOZIȚIONISMULUI PROVOCATOR (F91.3), TULBURAREA DE CONDUITĂ (F91.*X*) ȘI TULBURAREA REACTIVĂ DE ATAȘAMENT (F94.1-F94.2)

Aceste tulburări trebuie privite cu precauție, într-un cadru diagnostic și al dezvoltării. Copiii mai mici sunt prin natura lor opoziționiști. Copiii de vârstă școlară ce manifestă probleme de control al impulsurilor pot fi opoziționiști și probabil vor avea comportamente nepotrivite. Psihologii clinicieni trebuie să fie atenți să evalueze prezența ADHD-ului sau a altor tulburări, înainte de a eticheta copiii cu tulburări de conduită sau de atașament, care sunt adesea prost înțelese și suprapatologizate (vezi Fraser & Wray, 2008; Noordermeer și colab., 2017).

Dat fiind istoricul de dezvoltare și psihosocial al lui Alex, puteți exclude aproape imediat o tulburare pervazivă de dezvoltare. Istoricul familiei și cel medical nu prezintă factori negativi de risc și, deși părinții lui Alex au menționat problemele sale de impulsivitate și interacțiune socială, nu au descris tiparele calitativ diferite de funcționare socială sau comunicare stereotipă și nonreciprocă prin care se caracterizează tulburările pervazive de dezvoltare; de fapt, nu au descris nici vreun tipar comportamental repetitiv sau stereotip. Fără dovezi ale prezenței celor mai frecvenți factori de risc ai neurodezvoltării sau a altor indicatori senzoriali ai unor dificultăți de procesare senzorială, puteți exclude și tulburarea de procesare senzorială. În fine, puteți exclude și posibilitatea unei traume, întrucât nici interviul cu părinții lui Alex, nici raportul inițial de evaluare (care include un inventar al experiențelor problematice) nu pun în evidență vreo traumă, chiar și în contextul investigării mai atente a perioadei copilăriei mici (întrucât simptomele lui Alex au apărut în această perioadă).

Dat fiind că tulburările de procesare a limbajului și tulburarea specifică a cititului sunt deseori comorbide cu ADHD-ul, este important să vedeți dacă Alex întrunește criteriile pentru mai multe diagnostice sau dacă nu cumva o tulburare de procesare a limbajului sau o tulburare specifică a cititului explică mai bine problemele cu care se confruntă Alex acasă și la școală. Anamneza nu este nici ea foarte convingătoare. Infecțiile repetate ale urechii în copilăria mică și accesele de furie (excesive în raport cu așteptările vârstei) se potrivesc cu profilul unor tulburări de limbaj sau întârziere a vorbirii. Faptul că mama, tatăl și mătușa lui Alex nu au dovedit un mare interes pentru studiu ar putea indica un istoric de ADHD în familie sau tulburări de dezvoltare a abilităților școlare care nu au fost diagnosticate la vremea lor. Comportamentul lui Alex și dificultățile sale în plan școlar pot fi explicate prin prisma tulburărilor menționate mai sus, însă, dat fiind că nivelul ridicat de energie și reactivitatea emoțională (accesele de furie) au apărut înainte de intrarea la școală, este destul de improbabil ca o tulburare a cititului să explice comportamentul și problemele sale școlare. Se indică o evaluare mai aprofundată, cum ar fi consultarea unui logoped și specialist în tulburările de limbaj, precum și a psihologului școlar. Evaluarea psihologică ar trebui să includă un inventar al comportamentelor identificate de părinți și profesori, teste pentru atenție, procesarea limbajului și înțelegerea textului scris sau testarea mai complexă a inteligenței și nivelului de performanță. Întrucât Alex este bilingv, va trebui să interpretați rezultatele acestor evaluări prin prisma cercetărilor actuale cu privire la persoanele bilingve (vezi Hammer și colab., 2014). De asemenea, va trebui să ignorați multe dintre ideile preconcepute cu privire la tulburările de limbaj și bilingualism (cum ar fi ideea că persoanele care cresc învățând două limbi simultan achiziționează limbajul mai greu decât cele care învață o singură limbă sau că ar trebui să se concentreze pe o singură limbă dacă au probleme de procesare a limbajului; vezi Kohnert, 2010).

Părinții și profesorii au spus că Alex este uneori reactiv emoțional, că i se redirecționează cu greu atenția și că procesează mai greu informațiile predate la clasă. Aceste comportamente corespund criteriilor de diagnostic pentru tulburările depresive la copii; cu toate acestea, nu există antecendente de tulburări de dispoziție sau anxietate în familie, iar faptul că simptomele lui Alex au apărut devreme indică mai curând un traseu al dezvoltării tipic pentru ADHD. E posibil ca plecările dese în călătorie ale tatălui său să-i provoace lui Alex anxietate, însă constanța comportamentului său în timp este mai tipică pentru ADHD. Prin urmare, pot fi excluse tulburările depresive și anxioase ca diagnostice principale. Și totuși, dată fiind frecvența comorbidității dintre ADHD și depresie, precum și factorii de risc asociați acestei comorbidități, va trebui să-l țineți sub observație în continuare pentru simptome de depresie, prin evaluări psihosociale periodice.

Întrucât, pe baza evaluării dumneavoastră inițiale, Alex întrunește toate criteriile pentru ADHD, tipul combinat (F90.s) și întrucât ați eliminat alte diagnostice posibile, îi stabiliți un diagnostic de tulburare a activității și atenției, tipul combinat (F90.2), consemnând cum ați procedat pentru a exclude tulburările de citit și de procesare a limbajului.

Considerații etice — cum vă protejați clientul

ACTIVITATEA 16.3:

Ce probleme de etică pot apărea în procesul de evaluare a lui Alex? Ar putea să apară probleme din cauza implicării părinților săi?

Diagnosticarea unui copil, mai ales când se pune problema unui tablou mai complex, necesită o abordare multidimensională și multidisciplinară. Având acordul informat al părinților (vezi *Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită*, Asociația Psihologilor Americani [APA; 2017], Standardul 9.03: Consimțământul informat în cazul evaluărilor), veți căuta să obțineți informații din cât mai multe surse cu putință, printre care: interviuri și teste scurte de screening cu părinții, profesorii, îngrijitorii și copiii, precum și consultarea fișelor medicale, educaționale sau a actelor. Folosirea unor surse multiple de informații din multiple domenii vă oferă o fundamentare adecvată pentru un diagnostic corect (Codul de etică al APA, Standardul 9.01, Bazele evaluării).

Consultările și colaborarea cu alți specialiști (profesori, logopezi, terapeuți ocupaționali, psihologi, medici și asistente medicale) vă vor ajuta să înțelegeți când și unde trebuie să solicitați evaluări suplimentare (Codul de etică al APA, Standardul 3.09, Cooperarea cu alți specialiști). Nu este bine să presupuneți că toate comportamentele sunt justificate doar de starea de sănătate mentală când, de fapt, ar putea exista o altă explicație mult mai potrivită. În același timp, rămâneți totuși în domeniul dumneavoastră de competență (Codul de etică al APA, Standardul 2.01, Limitele competenței). Doar faptul că sunteți la curent cu specificul altor profesii nu înseamnă că aveți abilitățile de a le practica.

În fine, în lucrul cu copiii și familiile trebuie să gestionați multiple relații terapeutice (relația cu copilul, relația cu părintele, relația dintre copil și părinte; vezi Codul de etică al APA, Standardul 10.02, Terapia de cuplu și familie). Atunci când faceți o evaluare, trebuie să clarificați de la bun început cum veți colecta datele, de la cine și cine anume va avea acces la aceste date. Este posibil ca părinții și copiii să nu înțeleagă asupra căror informații au control, ce informații pot împărtăși și când și cui au dreptul să refuze împărtășirea de informații.

Managementul riscurilor — cum vă protejați clientul, cum vă protejați pe dumneavoastră înșivă

ACTIVITATEA 16.4:

Ce factori de risc trebuie avuți în vedere în lucrul cu Alex și familia lui? Care sunt limitările inerente rolului dumneavoastră ca psiholog în lucrul cu un copil și părintele sau părinții săi? Ce măsuri puteți lua pentru a vă proteja profesional?

Multe studii cu privire la dezvoltarea și patologia copilului (mai ales în raport cu dezvoltarea cerebrală și interacțiunea

mediu-gene) au fost și sunt publicate în continuare. Pentru a putea oferi un tratament eficient, este important să fiți la curent cu literatura de specialitate, astfel încât evaluările și diagnosticele stabilite de dumneavoastră să urmeze stadiul cercetării (Codul de etică al APA, Standardul 2.03, Menținerea competenței). De pildă, Academia Americană a Pediatrilor (2011) recomandă psihoterapia comportamentală ca tratament de elecție pentru preșcolari și medicație plus psihoterapie comportamentală pentru școlari și adolescenți. O evaluare riguroasă duce la un diagnostic corect, ce va sta la baza recomandărilor de tratament. Astfel, pentru a face o evaluare trebuie să înțelegeți așteptările părinților și copilului de la tratament atât la un nivel mai specific („Ce-și dorește familia să faceți dumneavoastră?"), cât și la un nivel mai general („Cum gândesc părinții în legătură cu sănătatea mentală și serviciile de sănătate mentală?"), astfel încât familia să aibă încredere în recomandările dumneavoastră terapeutice (Codul de etică al APA, Standardul 2.01b). De exemplu, se recomandă des medicamente pentru tratarea ADHD-ului. Aceste recomandări s-ar putea să fie primite mai bine sau mai rău de către familie, în funcție de credințele părinților în legătură cu medicamentele. Aceste credințe se bazează pe așteptările sociale sau culturale („copilul meu trebuie să învețe să se comporte, medicamente vor servi drept scuză pentru un comportament nepotrivit" etc.), mituri în legătură cu medicația („dacă îi dau medicamente copilului meu, nu va mai învăța niciodată cum să se comporte, o să se bazeze mereu pe niște pastile" etc.), temeri („dacă îi dau copilului medicamente, înseamnă că am eșuat în rolul meu de părinte" etc.) sau informații greșite ori incomplete (de exemplu, „psihostimulentele îl vor face pe copilul meu să devină depedent de substanțe psihoactive mai târziu"). De fapt, există destul de puține studii pe termen lung cu privire la interacțiunile dintre medicație și creierul în plină dezvoltare (Singh & Chang, 2012). Puteți lua o decizie de a recomanda părinților să meargă cu copilul la un pediatru sau la un psihiatru specializat în psihiatrie infantilă doar dacă știți specificul fiecărei specializări. Este extrem de important să vă cunoașteți rolul și să rămâneți între limitele competenței dumneavoastră.

Concluzii

ACTIVITATEA 16.5:

Date fiind complicațiile cazului, cum ați alcătui planul de tratament? În ce fel i-ați implica în planul de tratament pe părinții lui Alex? I-ați învăța anumite strategii?

Rezultatul evaluării, precum și diagnosticul pe care îl veți pune la final vă vor ajuta să stabiliți ce accent să puneți pe o anumită strategie de intervenție sau un anumit sistem și cum să prioritizați intervențiile. Se recomandă o abordare multidimensională și multi-sistem în lucrul cu copiii diagnosticați cu ADHD și cu familiile lor (AAP, 2011), ceea ce face ca intervenția să se poată realiza în mai multe contexte (de exemplu, în cabinet, la școală, acasă, în comunitate). În cazul lui Alex, trebuie să aveți în vedere atât familia, cât și mediul școlar. Dată fiind vârsta sa și importanța relațiilor cu colegii, veți prioritiza strategiile sociale de tip cognitiv și comportamental pentru a-l ajuta pe Alex să-și facă prieteni și să mențină prietenia cu aceștia. Strategiile cognitive și comportamentale sunt de asemenea utile pentru a-i învăța pe copii cum să se concentreze și să încetinească ritmul pentru a lua decizii bine gândite (Barkley, 2014) și pentru a dezvolta abilități potrivite astfel încât să mențină relațiile sociale și performanța școlară. Pe măsură ce progresează tratamentul, veți putea folosi abordări centrate pe emoții pentru a susține stima de sine și înțelegerea de sine a copilului. Nu uitați să-l mențineți sub observație pentru depresia sau anxietatea care ar putea apărea ca urmare a ADHD-ului sau a unor evenimente de viață.

Îi veți instrui pe părinții lui Alex (și pe Alex însuși) cu privire la ce înseamnă ADHD și care sunt tratamentele recomandate, precum și la strategiile de gestionare a comportamentului pe care Santiago și Janice ar trebui să le folosească acasă (Barkley, 2014). În așteptarea rezultatelor la evaluarea privind existența unor tulburări de procesare a limbajului și tulburare a cititului, le puteți arăta părinților cum să ofere instrucțiuni și mementouri utilizând mai multe modalități (de exemplu, prin folosirea instrucțiunilor verbale însoțite de indicii vizuale). Extrem de utile copiilor cu dificultăți de procesare a limbajului, aceste strategii vor fi eficiente și pentru copiii cu ADHD. Pe măsură ce înaintează tratamentul, veți fi probabil în situația de a oferi susținere părinților ce au în grijă un copil cu nevoi speciale (de exemplu, cum să se descurce cu eventualul sentiment de vinovăție, sau cu învinovățirea din partea celorlalți, cum să răspundă nevoilor și celorlalți copii din familie).

S-ar putea ca părinții lui Alex să vă roage să-i ajutați în interacțiunea cu personalul medical și de la școală. Le puteți oferi strategii pentru colaborarea cu profesorii și pentru a folosi resursele dedicate sprijinirii performanței școlare. Atât acasă, cât și la școală, anumite intervenții specifice mediului respectiv îi pot ajuta pe copiii cu ADHD să se dezvolte și să aibă succes (Barkley, 2014). Organizarea casei și a clasei, eliminarea dezordinii și un orar al activităților sub formă de imagini reprezintă doar câteva dintre tehnicile ce îi ajută pe copiii cu ADHD să fie mai organizați. Alternarea activităților ce presupun mișcare fizică cu activități ce presupun concentrarea atenției poate să fie o strategie eficientă, la fel și identificarea acelor perioade ale zilei în care copilul este mai productiv și programarea activităților școlare în jurul acestor perioade. Inițial folosite de adulți, aceste strategii pot fi învățate și de copii pe măsură ce cresc, astfel încât să își poată gestiona viața mai bine (vezi și Monastra, 2014, 2016).

În fine, țineți cont de nevoile și punctele forte ale copilului, ale părinților și ale familiei, amintindu-vă că relațiile au o importanță crucială. Puteți folosi intervenții de tip relațional cu Alex și familia sa pentru a vindeca rănile relaționale, pentru a crea (sau sprijini) o narațiune plină de compasiune asupra lui Alex, a părinților săi și a contextului creat de ADHD, precum și pentru a stabili așteptări realiste. Tineți cont și de sistemele cu care interacționează Alex și familia sa (sistemul educațional, medical, de servicii sociale, juridic, religios, cultural etc.). Ar fi bine să nu uitați nici de metasistemele care influențează viața copiilor și a familiilor lor (de exemplu, comunitatea, afilierea rasială și etnică, statutul socio-economic, existența unei dizabilități, statutul de imigrant sau cetățean etc.) și experiențele trăite de familia lui Alex în metasistemele de mai sus (de exemplu, au fost privilegiați/oprimați/discriminați etc.).

Referințe bibliografice

Achenbach, T. (2001). *Child behavior checklist—Cross informant version*. Burlington, VT: Author.

American Academy of Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics, 128*(5), 1–16. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2654

American Academy of Pediatrics. (2014). *Study finds ADHD and trauma often go hand in hand*. Accesat la: https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/Study-Finds-ADHD-and-Trauma-Often-go-Hand-in-Hand.aspx

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, actualizat pe 1 iunie 2010 și pe ianuarie 1, 2017). Accesat la: http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Barkley, R. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY: Guilford Press.

Blackman, G.L., Ostrander, R., & Herman, K. C. (2005). Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *Journal of Attention Disorders, 8*, 195–207. http://dx.doi.org/10.1177/1087054705278777

Brown, N.M., Brown, S.N., Briggs, R.D., Germán, M., Belamarich, P. F., & Oyeku, S.O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD: Analysis of the 2011

National Survey of Children's Health. *Academic Pediatrics, 17*, 349–355. http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.013

Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., Navarro-Pastor, J. B., García-Nonell, K., Rigau-Ratera, E., & Obiols, J. E. (2014). ADHD predominantly inattentive subtype with high sluggish cognitive tempo: A new clinical entity? *Journal of Attention Disorders, 18*, 607–616. http://dx.doi.org/10.1177/1087054712445483

Daviss, W. B. (2008). A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: Etiology, phenomenology, and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 18*, 565–571. http://dx.doi.org/10.1089/cap.2008.032

Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology, 17*(3), 807–825. http://dx.doi.org/10.1017/S0954579405050388

Flake, R.A., Lorch, E.P., & Milich, R. (2007). The effects of thematic importance on story recall among children with attention deficit hyperactivity disorder and comparison children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(1), 43–53. http://dx.doi.org/10.1007/s10802-006-9078-z

Flory, K., Milich, R., Lorch, E.P., Hayden, A.N., Strange, C., & Welsh, R. (2006). Online story comprehension among children with ADHD: Which core deficits are involved? *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*, 850–862. http://dx.doi.org/10.1007/s10802-006-9070-7

Fraser, A., & Wray, J. (2008). Oppositional defiant disorder. *Australian Family Physician, 37*, 402–405. Accesat la: http://www.racgp.org.au/afpbackissues/2008/200806/200806fraser.pdf

Hammer, C.S., Hoff, E., Uchikoshi, Y., Gillanders, C., Castro, D., & Sandilos, L.E. (2014). The language and literacy development of young dual language learners: A critical review. *Early Childhood Research Quarterly, 29*, 715–733. http://dx.doi.org/10.1016/j.ecresq.2014.05.008

Kohnert, K. (2010). Bilingual children with primary language impairment: Issues, evidence and implications for clinical actions. *Journal of Communication Disorders, 43*, 456–473. http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.02.002

Miller, A.C., Keenan, J.M., Betjemann, R.S., Willcutt, E.G., Pennington, B. F., & Olson, R. K. (2013). Reading comprehension in children with ADHD: Cognitive underpinnings of the centrality deficit. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*, 473–483. http://dx.doi.org/10.1007/s10802-012-9686-8

Monastra, V. (2014). *Parenting children with ADHD: 10 lessons that medicine cannot teach*. Washington, DC: American Psychological Association.

Monastra, V. (2016). *Teaching life skills to children and teens with ADHD*. Washington, DC: American Psychological Association.

Noordermeer, S.D.S., Luman, M., Weeda, W.D., Buitelaar, J.K., Richards, J.S., Hartman, C. A.,... Oosterlaan, J. (2017). Risk factors for comorbid oppositional defiant disorder in attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry, 26*, 1155–1164. http://dx.doi.org/10.1007/s00787-017-0972-4

Nussbaum, N.L. (2012). ADHD and female specific concerns: A review of the literature and clinical implications.

Journal of Attention Disorders, 16(2), 87–100. http://dx.doi.org/10.1177/1087054711416909

Postert, C., Averbeck-Holocher, M., Achtergarde, S., Müller, J.M., & Furniss, T. (2012). Regulatory disorders in early childhood: Correlates in child behavior, parent–child relationship, and parental mental health. *Infant Mental Health Journal, 33,* 173–186. http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20338

Rende, R. (2014). *Psychosocial interventions for genetically influenced problems in childhood and adolescence* (pp. 45–68). http://dx.doi.org/10.1002/9781118948187.ch03

Reynolds, C., & Kamphaus, R. (2015). *Behavioral Assessment System for Children* (3rd ed.; BASC–3). New York, NY: Pearson Education.

Singh, M.K., & Chang, K.D. (2012). The neural effects of psychotropic medications in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 21,* 753–771. http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2012.07.010

Visser, S., Danielson, M., Bitsko, R., Holbrook, J.R., Kogan, M.D., Ghandour, R.M.,... Blumberg, S.J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53*(1), 34–46. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.001

World Health Organization. (1993). *ICD–10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice.* București, Editura Trei, 2016

Yochman, A., Alon-Beery, O., Sribman, A., & Parush, S. (2013). Differential diagnosis of sensory modulation disorder (SMD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Participation, sensation, and attention. *Frontiers in Human Neuroscience, 7,* 862. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2013.00862

Despre coordonatori

Jack B. Schaffer, doctor în filosofie, acum pensionat, a practicat psihologia timp de 17 ani în practică privată și 16 ani în calitate de cadru didactic la două facultăți de medicină și o instituție de formare profesională în psihologie. În practica privată s-a concentrat asupra evaluărilor clinice și neuropsihologice și psihoterapiei pentru adulți și familii. A obținut doctoratul în psihologie clinică la University of North Dakota și este autorizat de American Board of Professional Psychology în domeniul psihologiei clinice și al psihologiei clinice a sănătății. Este membru și fost președinte al asociației profesionale de atestare profesională în psihologie, Association of State and Provincial Psychology Boards, și a condus asociația profesională a psihologilor din statul Minnesota. În prezent este membru în comisia de acreditare a Asociației Psihologilor Americani. Printre interesele sale profesionale se numără evaluarea psihologică, definirea și evaluarea competenței profesionale, precum și aspectele deontologice și legale. Îi place să sculpteze lemnul, să meargă cu bicicleta și să-și petreacă timpul alături de soția sa, de cei doi copii ai lor și de cei patru nepoți.

Emil Rodolfa, doctor în filosofie, este profesor de psihologie la California School of Professional Psychology (CSPP) din cadrul universității Alliant International University din Sacramento. Și-a obținut doctoratul la Texas A&M University și a fost director de formare și director al centrului de consiliere și servicii psihologice al University of California înainte să devină profesor la CSPP. Este editor fondator al revistei *Training and Education in Professional Psychology* și a fost editor asociat al *Professional Psychology Research and Practice*. Dr. Rodolfa este membru al Asociației Psihologilor Americani, membru și fost președinte al asociației profesionale de atestare profesională în psihologie, Association of State and Provincial Psychology Boards, membru emerit al comisiei și fost președinte al asociației centrelor de practică profesională și postdoctorală în psihologie, Association of Psychology Postdoctoral and Internship Centers, și fost președinte al asociației profesionale a psihologilor din statul California. Interesele sale profesionale includ definirea și evaluarea competenței profesionale, aspectele deontologice și legale, supervizarea și formarea, sănătatea mentală a studenților și evaluarea și tratamentul depresiei și anxietății. Îi place să-și petreacă timpul alături de familie, să joace *horseshoes*[32] și să facă *barbecue* (ceea ce unii ar numi grătar) la cabana sa din munți.

---

[32] Joc în care obiecte în formă de potcoavă sunt aruncate spre un țăruș din metal, astfel încât să-l încercuiască sau să ajungă cât mai aproape de acesta. (N. red.)

Despre autorii capitolelor

Jeff Baker, doctor în filosofie, director executiv la Asociația Centrelor de Practică și Cercetare Postdoctorală în Psihologie, Houston, TX; profesor de psihologie clinică la University of Texas Medical Branch, Galveston.

Mark S. Barajas, doctor în filosofie, conferențiar la Facultatea de Psihologie de la Saint Mary's College of California, Moraga.

Deborah C. Beidel, doctor în filosofie, American Board of Professional Psychology, profesor emerit de psihologie și educație medicală la Facultatea de Psihologie de la University of Central Florida, Orlando.

Larry E. Beutler, doctor în filosofie, profesor emerit la Facultatea de Psihologie de la Palo Alto University, Palo Alto, CA.

Lauren Bigham, absolvent de master, specialist în educație, doctorand în consiliere psihologică la Facultatea de Consiliere și Dezvoltare Umană, University of Georgia, Athens.

Ryan E. Breshears, doctor în filosofie, director al secției de psihologie și medicină comportamentală integrată din cadrul WellStar Health System, Marietta, GA; lector la Facultatea de Consiliere și Dezvoltare Umană de la University of Georgia, Athens.

Lucia Cavanagh, doctorand, Baylor College of Medicine, Houston, TX; psiholog în supervizare la secția de Neuropsihologie de la UCLA Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, Los Angeles, CA.

Eli Coleman, doctor în filosofie, titular al catedrei de sănătate a sexualității și profesor coordonator al programului de sexualitate umană de la Facultatea de Medicină a Familiei și Comunitară, University of Minnesota Medical School, Minneapolis.

Brooke Davidson, doctor în filosofie, profesor de psihologie la Alliant International University, Sacramento.

Claytie Davis III, doctor în filosofie, coordonator al Serviciului de Formare, Consiliere și Asistență Psihologică, University of California, Berkeley.

Katherine Elliott, doctor în filosofie, Serviciul de Medicină Comunitară Integrată și de Medicină Internă, Hillside Centre, Kamloops, British Columbia (Canada).

Natacha M. R. Foo Kune, doctor în filosofie, director la Centrul de Consiliere de la University of Washington, Seattle.

Gregory A. Hinrichsen, doctor în filosofie, conferențiar de psihologie clinică și consiliere la Departamentul de Geriatrie și Medicină Paleativă din cadrul Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY; profesor asociat de psihiatrie și științe comportamentale la Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY.

Beth Limberg, doctor în filosofie, conferențiar universitar la Facultatea de Psihologie din cadrul Alliant International University, Sacramento; manager pentru servicii familiale la Contra Costa Interfaith Housing, Pleasant Hill, CA.

Marsha M. Linehan, doctor în filosofie, profesor de psihologie, psihiatrie și științe comportamentale la Centrul de Psihoterapie, Cercetare și Științe Comportamentale de la University of Washington, Seattle.

Genny Lou-Barton, acreditat în terapia de familie și de cuplu, doctorand în terapie de familie și de cuplu la Facultatea de Psihologie din cadrul Alliant International University, Sacramento.

Stephen R. McCutcheon, doctor în filosofie, coordonator pentru formarea în psihologie în cadrul Sistemului de Asistență Medicală pentru Veterani, Seattle, WA.

Staci Leon Morris, doctor în filosofie, conferențiar-cercetător și director adjunct pentru Formare și Servicii de Psihologie Clinică la Florida International University, Miami (Centrul de Cercetare „Banyan").

Maryann E. Owens, doctor în filosofie, cercetător postdoctoral, Sistemul de Asistență Medicală pentru Veterani din Pittsburgh, PA.

Raquel M. Peña, doctor în filosofie, Facultatea de Psihologie de la Alliant International University, Sacramento.

Carol B. Peterson, doctor în filosofie, conferențiar universitar la Facultatea de Psihiatrie, University of Minnesota Medical School, Minneapolis.

Emily M. Pisetsky, doctor în filosofie, conferențiar universitar la Facultatea de Psihiatrie, University of Minnesota Medical School, Minneapolis.

John Preston, doctor în filosofie, American Board of Professional Psychology, profesor universitar la Facultatea de Psihologie de la Alliant International University, Sacramento.

Emil Rodolfa, doctor în filosofie, profesor emerit de psihologie la Facultatea de Psihologie de la Alliant International University, Sacramento.

Aliza Romirowsky, doctor în filosofie, Facultatea de Psihologie de la Yeshiva University, New York, NY.

Jack B. Schaffer, doctor în filosofie, psiholog clinician și profesor universitar pensionat, St. Paul, MN.

Jennifer A. Scheurich, doctorand în psihologie clinică, Facultatea de Psihologie, University of Central Florida, Orlando.

Martin Sellbom, doctor în filosofie, conf. univ., Facultatea de Psihologie, Universityof Otago, Dunedin (Noua Zeelandă).

Chelsea E. Sleep, doctorand în psihologie clinică la Facultatea de Psihologie de la University of Georgia, Athens.

Rainey Sealey, MS, doctorand în psihologie clinică la Facultatea de Psihologie de la Palo Alto University, Palo Alto, CA.

Sinéad Unsworth, doctor în filosofie, psiholog acreditat la Centrul de Consiliere pentru Studenți, University of Saskatchewan (Canada).

Jennifer A. Vencill, doctor în filosofie, conferențiar universitar, Programul de sexualitate umană în cadrul Facultății de Medicină a Familiei și Comunitară, University of Minnesota Medical School, Minneapolis.

Eric F. Wagner, doctor în filosofie, profesor și coordonator la Institutul „Banyan" de Formare și Cercetare din cadrul Universității Internaționale Florida, Miami.

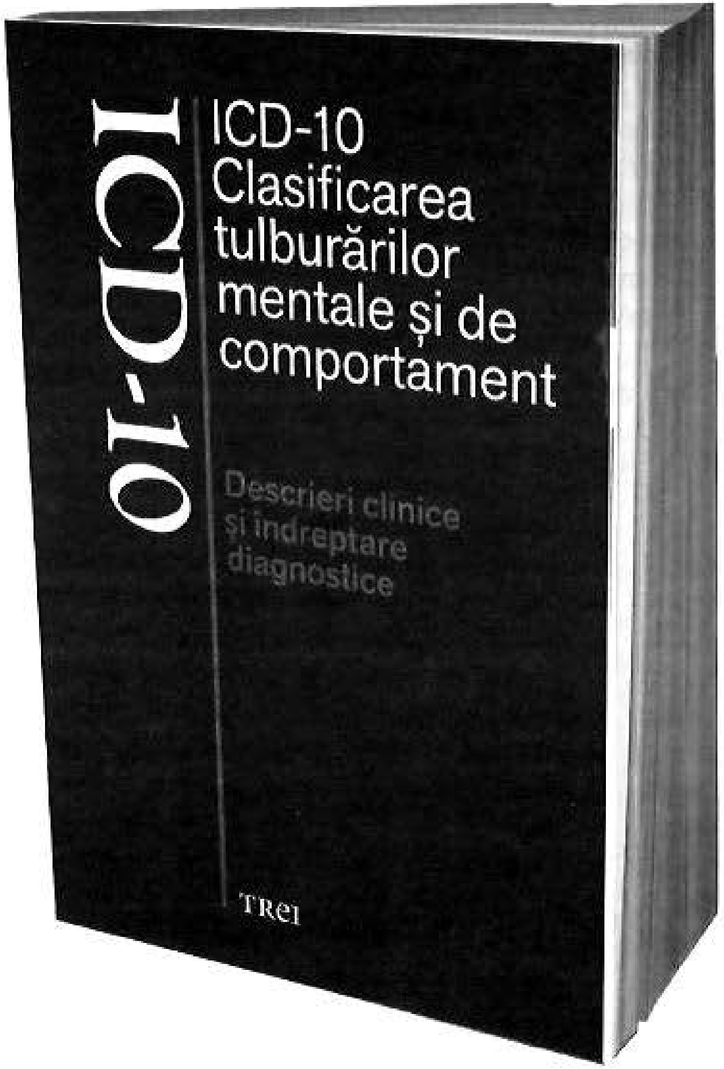
Ken C. Winters, doctor în filosofie, cercetător științific la Institutul de Cercetare Oregon, Eugene; profesor asociat la Facultatea de Psihologie de la University of Minnesota, Minneapolis.

Nicola Wright, doctor în filosofie, psiholog acrediat, profesor de psihologie clinică la Secția de Psihologie din cadrul Facultății de Științe Sociale, University of Ottawa, Ontario (Canada).

Samantha S. Yard, doctor în filosofie, psiholog angajat în cadrul Sistemului de Asistență Medicală pentru Veterani din Seattle, WA.

Joyce P. Yang, doctor în filosofie, cercetător postdoctoral, Centrul Național pentru Studiul Stresului Posttraumatic din cadrul Sistemului de Asistență Medicală pentru Veterani, Palo Alto, CA.

Christina B. Yeagley, doctor în psihologie, Facultatea de Psihologie din cadrul Alliant International University, Sacramento.



ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostice

[The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines]

Autor: Volum colectiv
Coordonator: Mircea Lăzărescu
Limba originală: engleză
Traducere de: Mircea Dehelean, Monica Ienciu, Ovidiu Nicoară

Preocuparea pentru îmbunătățirea diagnosticelor și clasificării tulburărilor mentale a fost în atenția Organizației Mondiale a Sănătății de la începutul deceniului șase al secolului XX. De atunci și până în prezent au fost publicate mai multe variante ale ICD (Clasificarea internațională a bolilor) destinate descrierii clinice a acestor tulburări.

ICD-10 a intrat în uz în țările membre ale OMS în anul 1994. Volumul de față cuprinde o clasificare detaliată a peste 300 de tulburări mentale și de comportament, fiind rezultatul unor cercetări clinice extinse realizate în peste 100 de centre medicale din 40 de țări. Acesta oferă o descriere a semnelor și simptomelor tulburărilor, precum și un îndreptar diagnostic, de o reală utilitate în practica clinică.

Volumul se adresează medicilor psihiatri și de familie, psihologilor, psihoterapeuților, asistenților sociali, și, în genere, tuturor acelora care sunt interesați de aspectele specifice tulburărilor mentale și de comportament.

Tulburările de personalitate din DSM-5
Evaluare, conceptualizare de caz și tratament
Len Sperry
TREI
PSIHOLOGIE PSIHOTERAPIE

Tulburările de personalitate din DSM-5. Evaluare, conceptualizare de caz și tratament

[Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders]

Autor: Len Sperry
Limba originală: engleză
Traducere: Camelia Dumitru

În această carte excepțională, Len Sperry, sintetizând informațiile din DSM-5, ICD-10 și PDM, prezintă cele mai recente și eficiente modalități de evaluare și intervenție clinică în tulburările de personalitate. După ce familiarizează cititorul cu modelul standard al schemei de diagnostic și cu diversele modele de tratament disponibile în domeniu — psihoterapia centrată pe tipare, psihoterapia centrată pe transfer, tratamentul bazat pe mentalizare, terapia centrată pe scheme și terapia centrată pe dezvoltare — autorul dedică fiecărei tulburări de personalitate un capitol în care sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz (psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și integrativă) și intervențiile de tratament — psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat. Exemplele clinice aduc claritate și substanță discuțiilor despre tratament și-i oferă cititorului accesul la profunzimea gândirii clinice.

Len Sperry este profesor de psihiatrie la Florida Atlantic University și Medical College of Wisconsin și practică psihoterapia de peste 50 de ani. A scris peste 900 de articole despre tulburările de personalitate și psihoterapie și a publicat 80 de cărți. A primit din partea Asociației Americane de Psihologie premiul pentru excelență în activitatea sa profesională.

Competența se dezvoltă și prin acumularea de experiență (abilități) într-o gamă variată de situații. Această varietate de abilități poate duce la creșterea adaptabilității unei persoane și a capacității sale de a se descurca în situații noi și dificile. Prin urmare, unul dintre mesajele pe care vrem să vi le transmitem este următorul: dezvoltați-vă rețele de sprijin social, atât în mediul profesional, cât și personal, și acumulați diverse experiențe atât ca psihologi, cât și în alte domenii din viața dumneavoastră, iar pe parcurs căutați să obțineți sfaturi și supervizare din partea celor care vă pot ajuta atunci când vă confruntați cu situații ce vă pun la încercare, astfel încât să ieșiți „oțeliți" din ele, și nu înfrânți.

– Autorii

STUDII DE CAZ
PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Cum poate fi stabilit un diagnostic? La ce îi poate folosi psihologului? Care este cel mai util sistem de diagnostic – DSM sau ICD? În cartea de față autorii argumentează că abordarea ICD-10-CM este de mare ajutor psihologului care încearcă să înțeleagă „cine este această persoană cu care lucrez și de ce este ea așa cum este". Fiecare capitol oferă un rezumat al clasei de diagnostic, prezintă un caz, descrie procesul de evaluare și diagnosticare conform ICD-10-CM; de asemenea, discută problemele etice ridicate de interacțiunea cu clientul respectiv, prezintă pe scurt modalitățile de a gestiona riscurile asociate cazului respectiv și formulează posibile recomandări, inclusiv prin comentarii despre un posibil plan de tratament, alături de comentarii utile și de profunzime privind procesul de evaluare și de identificare a unui diagnostic diferențial. Capitolele din această carte acoperă 16 categorii de diagnostic alese pe baza frecvenței lor la persoanele care se prezintă în clinici, precum și pe baza frecvenței lor în literatura de specialitate și în contextul educațional dedicat diagnozei, adică acele diagnostice care se bucură de atenția specialiștilor în momentul prezent. Cartea este extrem de utilă psihologilor, psihoterapeuților, psihiatrilor, studenților și tuturor celor interesați de psihologia clinică.

STUDII DE CAZ
PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

edituratrei.ro

Jack B. Schaffer este psiholog clinician specializat în evaluarea neuropsihologică și psihoterapia de familie.

Emil Rodolfa este profesor de psihologie la Alliant International University și este director de formare la University of California Counseling and Psychological Services.

ISBN 978-606-40-0602-8